

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 86

LA CÉSARIENNE BASSE

A LA

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

DE 1926 A 1930

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 mars 1931

PAR

Ernest L'HUILLIER

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à TOURS (Indre-et-Loire), le 16 novembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur....	Président.
		TEULIÈRES, professeur.....	Juges..
		PERY, agrégé	
		BEAUVIEUX, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0085

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 86

LA CÉSARIENNE BASSE

A LA

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

DE 1926 A 1930

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 mars 1931

PAR

Ernest L'HUILLIER

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à TOURS (Indre-et-Loire), le 16 novembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur....	<i>Président.</i>
		TEULIÈRES, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		BEAUVIEUX, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

A MA GRAND'MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET A MES CAMARADES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de médecine
de Bordeaux,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui m'a fait le grand honneur de bien
vouloir présider cette thèse.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis avant de commencer ce travail de rendre hommage à tous nos maîtres, à ceux qui, pendant nos six années d'études, ont contribué à notre formation médicale.

Des trois premières années de notre vie d'étudiant, nous gardons un très bon souvenir et nous avons une reconnaissance profonde pour nos maîtres de l'Ecole de médecine et des hôpitaux de Tours; nous fûmes l'élève du Docteur Guillaume Louis, Directeur de l'Ecole de médecine, Professeur d'anatomie — maître aimable entre tous, son enseignement clair et vivant nous avait séduit — du regretté Docteur Dubreuil-Chambardel, qui fut notre chef de travaux d'anatomie. Jeune externe, nos débuts chirurgicaux furent guidés par M. le Docteur Lapeyre — un grand chirurgien et un homme de cœur. L'année suivante, M. le Docteur Bosc voulut bien nous accueillir dans son service, et nous y restâmes deux années; ce stage trop court fut pour nous le plus délicieux de tous, et nous ne pouvons exprimer suffisamment combien nous devons à notre bon maître — clinicien éminent et brillant causeur au lit du malade; les heures, à notre gré, s'écoulaient trop vite; son esprit et sa science étaient un perpétuel enchantement. Nous devons beaucoup aussi à d'autres professeurs, et nous voudrions les nommer tous : MM. les Docteurs Thierry, ancien Directeur de l'Ecole; Ménagé, dont nous fûmes l'externe; Vialle, Huc.

A Bordeaux, en quatrième année de médecine, nous avons eu la bonne fortune d'être le stagiaire ou l'élève de MM. les Professeurs Bégouin, Guyot, Duvergey, Abadie, Petges, Port-

mann, Teulière, Papin. Leur enseignement a été pour nous plein de profits et nous leur en gardons une profonde gratitude. Externe de M. le Docteur Rabère, nous avons pu, pendant un an, apprécier ses brillantes qualités de chirurgien et de clinicien. Enfin, nous devînmes l'externe de M. le Professeur Andérodias, maître charmant; nous lui restons sincèrement reconnaissant de l'accueil que nous avons reçu dans son service; nous avons pu pendant un an bénéficier de son enseignement si communicatif et si précis; sa vaste expérience et son grand sens clinique nous ont largement profité et nous sommes fier d'être son élève.

Nous serions un ingrat si nous ne disions aussi tout ce que nous devons à M. le Docteur Gautret, ancien chef de clinique obstétricale, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, ainsi qu'à M. le Docteur R. Mahon, dont nous fûmes trop peu de temps, hélas! le collaborateur et l'ami; ses conseils nous ont été bien précieux et il n'a jamais cessé de nous prodiguer les preuves de sa sympathie.

LA CÉSARIENNE BASSE

A LA

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

DE 1926 A 1930

INTRODUCTION

La thérapeutique obstétricale s'est enrichie, dans ces dernières années, d'une intervention nouvelle, la césarienne suprasymphysaire transpéritonéale, appelée plus simplement césarienne basse. Cette opération, si elle était pratiquée depuis longtemps à l'étranger, ne fut bien connue et vulgarisée en France que depuis 1925, grâce à Brindeau, qui, par son enseignement à la Clinique Tarnier et par son article de la *Presse médicale*, la propagea parmi les accoucheurs français.

Ceux-ci, malgré les pressants appels de leurs confrères étrangers, étaient restés fidèles à la césarienne corporéale. Déjà, au Congrès des obstétriciens et gynécologues de langue française, en 1921, à Paris, Van Rooy, d'Amsterdam; Aubert, Beuttner, de Genève, s'étaient élevés contre la vieille césarienne haute classique, et Beuttner avait dit : « Je voudrais insister auprès des gynécologues et accoucheurs de langue

française et les engager à abandonner de plus en plus l'opération césarienne conservatrice au profit surtout de l'opération césarienne transpéritonéale basse; en agissant de la sorte ils sauveront la vie de bien des mères et de bien des enfants. » Voyant que ce plaidoyer restait sans écho, Schickelé, de Strasbourg, avait même ajouté : « Messieurs, il vous sera peut-être plus facile de vous décider pour l'opération basse si je vous dis que j'ai tout motif d'admettre que l'idée de placer l'incision dans la partie basse de l'utérus est sortie du cerveau d'un savant français; cette idée, qui paraît s'être perdue dans une thèse de l'époque, revient au professeur Alexis Stoltz, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Strasbourg en 1870. »

Petit à petit, la césarienne basse allait gagner du terrain. Brindeau communiqua, en 1922, les résultats de 14 opérations. La même année, Garipuy, de Toulouse, rapporta un cas. En 1923, Balard, de Bordeaux, publiait 3 observations, et Dujol, de Saint-Etienne, en 1924, 2 autres; mais ces cas étaient des exceptions, et à Bordeaux, en particulier, la césarienne basse n'est guère entrée dans la pratique courante que depuis janvier 1926, grâce au Professeur J. Andérodias, professeur de clinique obstétricale, qui, à la suite d'une visite à la Clinique Tarnier, de Paris, l'expérimenta, et, si l'on peut dire, l'implanta dans les services d'accouchements de Bordeaux. La première opération par voie basse, pratiquée à la Clinique d'accouchements de Bordeaux, fut exécutée le 8 février 1926. Depuis cette époque jusqu'au 1^{er} novembre 1930, 57 césariennes supra-symphysaires ont été faites, et, en publiant leurs observations, nous avons pensé apporter une modeste contribution à l'étude d'une opération qui a conquis aujourd'hui la première place dans la thérapeutique obstétricale.

HISTORIQUE ET EVOLUTION DE LA CESARIENNE TRANSPERITONEALE

S'il semble que l'opération césarienne ait été pratiquée avant l'ère chrétienne, par les juifs en particulier — et J.-B. de Lee en trouve les preuves dans la littérature ancienne — la première opération sur la femme vivante est due à un Français, François Rousset, qui, en 1581, montra la légitimité de cette intervention dans son *Traité de l'hysteromotokie ou enfantement césarien*. Trautmann, en 1610, pratiqua lui aussi une césarienne dans les mêmes conditions, et Millot publia à Paris, en 1798, une « observation sur l'opération dite césarienne, faite avec succès ou sur l'accouchement contre nature avec la description d'une nouvelle méthode de l'opérer ».

L'idée d'inciser la partie inférieure de l'utérus est plus récente et paraît pouvoir être attribuée à Osiander, de Goettingen, qui, le 19 mars 1803, exécuta la première césarienne basse.

En 1806, Jorg, élève de Boër, de Leipzig, pensa que l'on pourrait inciser, non pas le corps utérin, mais le col et le vagin, et dans son *Manuel pratique d'accouchements*, il donne son procédé opératoire et les raisons qui l'ont conduit à préconiser cette nouvelle intervention. Voici ce qu'il écrit à ce sujet, en 1807 : « Mon procédé que j'ai déjà préconisé il y a quelque temps consiste en ceci : après avoir pratiqué l'ouverture de la paroi abdominale, inciser le segment inférieur, et s'il est nécessaire le col, par cette voie extraire l'enfant. »

En 1820, Ritgen décrivit la « Scheidenbaüschnitt », inci-

sion parallèle à l'arcade de Fallope, décollement du péritoine, ouverture du vagin et du col, et il mit son procédé en pratique. Il rapporte une observation dont le résultat fut désastreux.

Femme de 37 ans, IV-pare, à terme, depuis deux années atteinte d'ostéomalacie. Scoliose très prononcée de la colonne vertébrale, courbure du pubis droit. Présentation du fœtus en O. I. D. P. Douleurs depuis vingt-quatre heures, rupture de la poche des eaux depuis 4 heures, pouls rapide, sans fièvre, col dilaté à 5 francs — complètement mou et œdémateux. Excavation pelvienne vide.

Opération : Ouverture de la peau, des muscles de la paroi abdominale d'après la technique déjà décrite; ligature des vaisseaux; refoulement du péritoine et mise à nu du vagin; incision du dôme vaginal du côté droit et agrandissement de l'ouverture ainsi pratiquée jusqu'à proximité de l'urètre. Au cours de cet élargissement de la brèche, jaillit soudain un jet de sang que l'on ne put arrêter qu'en tamponnant la plaie opératoire au moyen d'une éponge trempée dans de l'eau froide. Cette hémorragie recommençait aussitôt que l'on enlevait le tampon. Cette abondante perte de sang obligea Ritgen à songer avant tout à l'enfant et essayer de le sauver, la mère se trouvait dans un état alarmant et passait d'une syncope à l'autre. Pour terminer rapidement l'opération, Ritgen pratiqua l'incision classique de la césarienne, l'hémorragie cessa complètement après l'apparition des contractions utérines; la malade mourut deux jours après, et à l'autopsie on constata, dans la cavité péritonéale, un abondant épanchement sanguin.

Ritgen fut le premier à comprendre quels pourraient être les avantages d'une telle opération, il tira en effet de ce cas les conclusions suivantes :

- 1° A la fin de la grossesse, on peut inciser le dôme vaginal depuis l'uretère, jusque sur le col sans avoir à craindre une hémorragie importante;
- 2° Le fait de prolonger en arrière l'incision dans la direction du rectum amène un écoulement de sang

que l'on peut arrêter par un tamponnement énergique;

3° Cette hémorragie s'arrête d'elle-même après l'extraction de l'enfant;

4° On peut se dispenser d'inciser la partie inférieure du col.

En 1823, L.-H. Baudelocque « décrit un nouveau procédé pour délivrer les femmes contrefaites et en travail, substitué à l'opération appelée césarienne » et qu'il appelle gastro-élytrotomie.

En 1825, Physick, de Philadelphie, proposa d'inciser au-dessus de la symphyse pubienne, de décoller le péritoine et d'inciser transversalement le segment inférieur.

En 1840, Ch. Bell tenta plusieurs fois sans succès l'opération de Ritgen.

En 1867, un Italien, Testa, de Naples, revient au procédé décrit par Baudelocque, il le modifie et incise les muscles grands droits « afin de se ménager plus de jour et d'éviter de blesser la vessie ». A la même époque, un accoucheur italien, Francesco Cianflone, pratique l'opération d'après les données de Testa; l'opérée mourut le lendemain.

En 1870, Théodore Gaillard-Thomas, Professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'Université de New-York, fit paraître un mémoire intitulé *Gastroelytrotomy, a substitute for the Cesarean section*.

De 1870 à 1877, Skene, de Brooklyn, pratiqua 13 fois l'opération par voie basse (7 cas suivis de mort et 6 de blessures de la vessie).

En 1878, en Angleterre, le Docteur Whiteside Hume, à Sheffield, fait une gastro-élytrotomie suivie d'issue fatale pour la mère.

En 1884, Cohnstein proposa de faire une incision verticale sur la partie postérieure du segment inférieur (de façon à pouvoir drainer le cul-de-sac de Douglas).

Kehrer, la même année, pensa qu'on pourrait inciser le segment inférieur transversalement sur la face antérieure.

Les résultats de ces premières opérations furent désastreux, des complications graves, telles que blessure de la vessie, hémorragie profuse, étaient la règle, et la mort de la femme s'ensuivait dans le plus grand nombre des cas.

Les premières observations de césarienne supra-symphysaire, en tant qu'opération clinique bien réglée, remontent beaucoup plus tard, à 1906-1907, et c'est à Frank, de Cologne, qu'en revient tout le mérite. Il pensa que le principal danger de l'opération césarienne venait de l'infection du péritoine par le contenu de l'utérus. Ayant ouvert la cavité abdominale au-dessus de la symphyse pubienne, il ouvre le repli péritonéal après l'avoir décollé à sa partie inférieure, et grâce à des sutures des deux feuillets péritonéaux, il reste constamment en dehors de la séreuse, quand il incise le segment inférieur — son procédé est donc transpéritonéal.

En 1908, Sellheim n'ouvre pas le péritoine, il pratique la césarienne extrapéritonéale en décollant le péritoine de bas en haut.

En 1909, Latzko ne croit pas en la valeur du procédé transpéritonéal et décolle le péritoine non plus de bas en haut, mais latéralement, après avoir déplacé la vessie préalablement distendue par du liquide.

La même année, Doderlein-Freund décrivent aussi leurs procédés extrapéritonéaux et Fraipont une méthode transpéritonéale.

Jeannin, de Paris, dans la revue *l'Obstétrique*, préconise la technique transpéritonéale d'après l'étude qu'il a faite des différents procédés.

En 1910, Gottschalk décrit une méthode opératoire extrapéritonéale.

En 1911, Polano, de Würzburg, publia 4 cas suivis de succès, opérés suivant un procédé nouveau (qui rappelle celui de Cohnstein) : *Section césarienne cervicale postérieure*; il incise en effet le segment inférieur sur sa face postérieure.

En 1913, Kuestner exposait son procédé extrapéritonéal avec 112 observations à l'appui.

En 1918, Markoe et Mc. Pherson publient une méthode identique à celle de Kuestner.

Tous les procédés extrapéritonéaux encore en faveur à cette époque offraient de gros inconvénients, et, parmi les plus graves :

- 1° Blessure de la vessie et des uretères;
- 2° Ouverture du péritoine pendant son décollement;
- 3° L'incision portait sur une région très vascularisée, d'où hémorragie importante.

Devant la fréquence de ces complications après l'extrapéritonéale, Kroenig découvrit la même année un procédé qui permettait de les éviter; il incise longitudinalement le segment inférieur, et, après extraction du fœtus, il recouvre la suture utérine en suturant la lèvre supérieure du péritoine vésical à un niveau plus élevé que l'angle supérieur de la section du segment inférieur.

En 1919, J.-B. de Lee, de Chicago, présente à Atlantic City 40 cas sans mortalité, opérés suivant sa technique personnelle, qui est une modification de celle de Kroenig.

En 1920, Barton Cook Hirst, dans son *Atlas of gynecology*, décrit une technique un peu différente.

En 1921, Beck décrit son opération césarienne à incision basse et à deux lambeaux péritonéaux.

En 1922, Phaneuf et Hégarty publient 40 observations de femmes opérées suivant les procédés de Hirst et de Kroenig.

La césarienne suprasymphysaire transpéritonéale était née de la déficience des deux autres césariennes, née de leurs graves inconvénients; elle évitait les blessures de la vessie si fréquentes dans l'extra-péritonéale et l'écoulement du liquide amniotique dans la cavité péritonéale comme dans la césarienne classique.

ANESTHESIE

ANESTHÉSIE LOCALE. — J.-B. de Lee de Chicago a préconisé l'anesthésie locale à la novocaïne — elle permettrait d'éviter les dangers de l'anesthésie générale (à l'éther en particulier) — la convalescence serait plus rapide.

D'après cet auteur l'anesthésie locale est indispensable dans les maladies du cœur, des voies respiratoires, du foie et des reins.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE. — C'était, dans les débuts de la césarienne, l'anesthésie de choix. Elle n'est plus employée aujourd'hui par nombre d'accoucheurs de France qu'après échec de la rachianesthésie.

RACHIANESTHÉSIE. — On l'emploie systématiquement à la clinique d'accouchements de Bordeaux. Ce mode d'anesthésie semble en effet présenter plusieurs avantages :

4° Les hémorragies après l'incision du segment inférieur sont infiniment moins abondantes qu'après une anesthésie à l'éther ou au chloroforme — qui diminue la contractilité et la rétractilité de l'utérus et prédispose ainsi aux hémorragies;

2° Les accidents pulmonaires sont évités (tout aussi bien qu'avec l'anesthésie locale).

La technique de cette rachianesthésie est fort simple : après avoir pratiqué une ponction lombaire, il suffit d'injecter dans le canal rachidien, à l'aide d'une seringue, 6 à 10 centigrammes de novocaïne, soit 1 cc. à 1 cc. 5 environ d'une solution à 8 p. 100 ou 1 cc. 5 à 2 cc. d'une solution à 5 p. 100.

Nous n'avons jamais constaté comme inconvénient que des « orages » peu alarmants vers la vingtième minute et des céphalées peu tenaces dans les suites.

PROCEDES OPERATOIRES

Nous ne parlerons pas des procédés extrapéritonéaux, cette méthode en effet est abandonnée maintenant par ses plus chauds partisans et Fabre, de Lyon, Vogt (Tübingen), Martius (de Bonn), Walthard (Zurich) ont reconnu qu'il fallait préférer la transpéritonéale.

Procédés transpéritonéaux.

1° TECHNIQUE DE HIRST : *Incision longitudinale du péritoine du segment inférieur.* — Hirst, après avoir décollé le péritoine viscéral, l'incise verticalement et il le suture par des points séparés au péritoine pariétal. Il obtient ainsi deux culs-de-sac péritonéaux entre lesquels apparaît le segment inférieur qui est incisé verticalement.

La principale objection qu'on peut faire à cette méthode est que l'adossement des deux feuillets péritonéaux paraît insuffisant pour empêcher les microbes de la cavité utérine d'envahir la séreuse.

Audebert et Estienny, de Toulouse, prétendent cependant qu'avec ce procédé, qui nécessite un décollement péritonéal peu étendu, on n'observe pas d'hématomes sous-péritonéaux.

2° TECHNIQUE DE KROENIG-BECK : *Incision transversale du péritoine du segment inférieur et incision verticale du segment.* — Ce procédé est couramment employé en France par la majorité des accoucheurs et c'est celui de la clinique d'accouchements de Bordeaux. Nous empruntons sa description

à l'article de Brindeau dans la *Presse médicale* du 10 mars 1926 : « *Anesthésie rachidienne* ? La malade étant en position déclive, on incise de l'ombilic au pubis, des champs sont placés à droite et à gauche; un écarteur de Ricard les fixe; on aperçoit la voussure de la tête fœtale recouverte par le segment inférieur; on repère le cul-de-sac vesico-utérin; une pince de Kocher agrippe le péritoine à un travers de doigt au-dessus; on fait une incision sur le repli ainsi formé, puis avec des ciseaux courbes on va décoller le péritoine sur tout le pourtour de la boutonnière en haut, sur les parties latérales et en bas. Lorsque le décollement est fait, on donne un coup de ciseau à droite et à gauche; on obtiendra un lambeau supérieur et un lambeau inférieur. Le segment est alors mis à nu; une large valve est placée derrière le pubis, sous le contrôle de la vue on incise le segment inférieur verticalement. En général c'est l'oreille du fœtus qui se présente; on repère la bouche et on la ramène en avant, puis par des pressions douces on énuclée la tête. Dès que la tête est hors de l'utérus, il faut repérer l'incision avec des pinces en cœur, de façon à ce que s'il s'écoule du liquide, ce liquide n'aille pas inonder la cavité péritonéale. Le fœtus extrait, on pratique la délivrance; ensuite on place une mèche dans l'utérus pour ne pas être gêné par le sang et l'on pratique la suture en deux plans — un premier plan au catgut n° 2 à points séparés, puis un deuxième au surjet avec du catgut n° 1.

» On ramène le lambeau péritonéal supérieur sur la plaie et on le fixe par quelques points de suture, puis on rabat le lambeau inférieur qui est adhérent à la vessie en redingote. Lorsque l'opération est terminée, la plaie utérine est recouverte par deux lambeaux péritonéaux, un profond que l'on ne voit pas, l'autre superficiel qui recouvre le précédent. »

Ajoutons que le professeur J. Andérodias a apporté à cette technique un perfectionnement. Il a en effet été le premier à préconiser l'emploi de l'aspirateur électrique au moment de l'ouverture de l'œuf (Société d'obst. et de gyn. de Bordeaux,

6 déc. 1927). Avec l'aspiration électrique les liquides septiques contenus dans la cavité utérine ne peuvent venir souiller la séreuse péritonéale.

Variante de Portes : La technique employée par Portes ne diffère du procédé de Krœnig-Beck, vulgarisé en France par Brindeau, que par le temps de péritonisation : le lambeau péritonéal inférieur, comprenant la vessie, est rabattu le premier au-devant de la suture utérine; le lambeau péritonéal supérieur le recouvre ensuite en redingote et son bord inférieur est suturé à la face antérieure de la vessie.

3° TECHNIQUE DE PHANEUF. — Le docteur L.-E. Phaneuf, professeur au Tufts-College medical School of Boston, a préconisé un autre procédé qui consiste à inciser transversalement, à la fois péritoine et segment inférieur.

4° TECHNIQUE DE JULLIEN, D'AMIENS. — Cet auteur incise transversalement le segment inférieur et le péritoine après avoir auparavant extériorisé l'utérus.

On peut reprocher à ces deux derniers procédés :

- a) que l'incision transversale du segment approche par ses deux extrémités les vaisseaux utérins, d'où le risque d'une hémorragie importante;
 - b) que les deux sutures utérine et péritonéale étant superposées, la protection paraît moins efficace que dans le procédé Krœnig Beck.
-

AVANTAGES DE LA CESARIENNE BASSE

1° *L'incision de la paroi abdominale.* — Elle est plus courte que dans la césarienne corporéale, 10 centimètres au lieu de 16 environ, et limitée à la région sous-ombilicale. Elle est faite sur une portion de la paroi où les muscles grands droits sont épais et rapprochés, les aponévroses solides, d'où des conditions meilleures pour obtenir une cicatrice résistante et éviter l'éventration.

Dans l'hystérotomie haute au contraire, l'incision est beaucoup plus longue sus et sous-ombilicale et porte ainsi sur une portion de la paroi plus mince. On était parfois obligé, quand l'extériorisation de l'utérus était laborieuse, d'étendre exagérément l'incision, témoin cette observation relevée dans les archives de la clinique de Bordeaux.

« Année 1927, observation CCLXXVI, césarienne corporéale prophylactique pour présentation oblique et coxalgie; difficulté d'extérioriser l'utérus, pour laquelle on est obligé de faire une incision presque pubo-xyphoïdienne. »

2° *Le choc opératoire.* — Il est réduit au minimum.

Dans la césarienne classique, il était courant d'observer chez les opérées et dans les premiers jours les phénomènes suivants : élévation de la température, accélération du pouls, ballonnement du ventre, autant de symptômes qui traduisaient les manipulations des anses intestinales et de l'épiploon, les tiraillements sur les mésos et sur les plexus nerveux de l'utérus, — la suppression de toutes ces manœuvres traumatisantes suffit à expliquer l'absence de choc chez les opérées par voie basse.

3° *La suture utérine.* — Elle est plus facile que dans la césarienne corporéale pour deux raisons :

- a) la minceur des bords de l'incision se prête à une coaptation plus parfaite;
- b) la paroi du segment inférieur est plus lâche et permet ainsi une suture en plusieurs plans;

L'hémostase sera donc facile à assurer.

4° *Le repos de la cicatrice utérine.* — On sait que les contractions de l'utérus, qui traduisent son involution pendant les suites de couches, ont pour siège le corps musculaire de l'organe. La coaptation des bords de l'hystérotomie haute est donc toute relative, peut cesser d'un moment à l'autre et favoriser le suintement séro-sanguinolent du contenu utérin dans la séreuse péritonéale. Dans la césarienne basse, au contraire, la ligne d'incision a été tracée dans une zone neutre, non contractile; la suture sera donc toujours immobile dans le post-partum.

5° *Péritonisation.* — Si cette péritonisation était difficile dans l'opération classique à cause de l'adhérence du péritoine au corps de l'utérus (on ne pouvait faire qu'un surjet musculo-séreux), dans la césarienne basse elle est infiniment plus aisée.

Bonnaire disait que le péritoine utérin, à la fin de la grossesse, arrivait à flotter comme une voile jetée sur la vessie et l'utérus, mais le péritoine n'est lâchement attaché qu'au niveau du segment inférieur et est au contraire solidement adhérent au corps utérin.

Ces raisons anatomiques expliquent que le décollement péritonéal est donc possible à pratiquer, sans grandes difficultés, sur la face antérieure du segment inférieur. Aussi pourra-t-on protéger d'une manière efficace la suture utérine, à l'aide de deux lambeaux péritonéaux, qu'on superposera en redingote, suivant le procédé déjà décrit. Ce double revêtement séro-séreux permet d'opposer une barrière sûre aux germes de la cavité utérine.

Il semble de plus démontré aujourd'hui que le péritoine du petit bassin présente vis-à-vis des microbes une résistance plus grande que le péritoine abdominal. Enfin, si une infection venait à se produire, tous les organes qui supportent ou entourent le péritoine du segment inférieur étant fixes, le cloisonnement se produira plus aisément et contribuera à rétrécir le champ de l'activité microbienne.

Vis-à-vis des cas douteux, la césarienne basse donnera donc des garanties contre l'infection meilleures que celles de l'hystérotomie haute.

6° *Adhérences à l'intestin et à l'épiploon.* — Elles étaient la règle dans la césarienne classique :

50 p. 100 pour Bar et Pinard;

64 p. 100 pour Pestalozza;

71 p. 100 pour Frank.

Dans la césarienne basse, le fait que les anses intestinales ne sont pas en contact pendant le post-partum avec la suture utérine, explique la rareté de ces adhérences.

7° *L'occlusion intestinale.* — Elle s'observait assez souvent après la césarienne classique, puisque Häggstrom, en 1926, a pu en réunir 30 observations.

Dans la césarienne suprasymphysaire cette complication ne peut se produire pour les raisons indiquées plus haut.

8° *La lochiométrie.* — Cet accident, qui s'observe assez souvent dans les premiers jours des suites de couches, est dû à l'exagération de l'antéversion de l'utérus.

On l'a souvent constaté après la césarienne haute et Audebert et Estrénny l'ont observé 11 fois sur 50 corporéales. D'après ces auteurs la rétention lochiale serait due à une hyperantéflexion utérine, causée par les adhérences de la suture de l'utérus à la paroi abdominale. Cette complication ne s'observe presque jamais dans la césarienne basse.

9° *Les fistules utéro-pariétales.* — Sont beaucoup plus rares dans la section basse que dans l'opération haute.

10° *La césarienne basse laisse, grâce à l'épreuve du travail, à un grand nombre de femmes la possibilité d'accoucher spontanément.* — Nous étudierons dans un chapitre spécial un autre avantage de l'incision basse : la résistance de la cicatrice du segment inférieur

INCONVENIENTS DE LA CESARIENNE BASSE

1° *Insuffisance segmentaire.* — Il est évident que la facilité d'exécution de la césarienne transpéritonéale dépend surtout de l'état de développement du segment inférieur et de la mobilité du péritoine qui le recouvre. Quelquefois la présentation est restée élevée et le segment est étroit. L'incision utérine risque alors d'être agrandie vers le corps, à la suite du passage de la tête fœtale. Dans certains cas on est même obligé de faire empiéter volontairement cette incision sur le corps.

Même si le feuillet péritonéo-vésical est exigü, il n'est pas cependant impossible, disent Grosse et Leroux, de recouvrir la suture du segment dans toute sa longueur.

2° *Difficultés d'exécution.* — La césarienne suprasymphysaire est une opération plus longue à exécuter que la corporeale et sa technique est plus compliquée. L'envahissement de la ligne d'incision par le sang et le liquide amniotique peuvent gêner le chirurgien, mais l'aspiration électrique viendra éclairer en quelques instants le champ opératoire.

3° *Difficultés d'extraction du fœtus.* — Parfois la tête fœtale résiste et ne se laisse pas énucléer. On vient facilement à bout de sa résistance en se servant d'une des branches du forceps comme levier et en se faisant aider par un peu d'expression utérine.

4° *Adhérences vésico-utérines.* — Elles ne sont pas une grosse difficulté, car, en général, elles sont facilement libérables.

5° *L'exploration utérine et péri-utérine.* — Elle est plus difficile que dans la césarienne haute où l'utérus est extériorisé. Une tumeur juxta ou rétro-utérine sera moins commodément perçue.

6° *L'embolie gazeuse* — Cette complication rare a été signalée par Baumm, en 1923, et par Bussala, en 1928, qui l'a observée au cours d'une césarienne basse pour placenta prævia, où elle entraîna la mort de la malade. Il nous semble que cet accident exceptionnel puisse être imputé au placenta prævia mais non à la topographie de l'incision.

7° *Lésions vésicales.* — Elles ont été signalées. Le professeur Brindeau en a rapporté des cas avec fistule vésico-utérine consécutive. Il n'en a jamais été observé à Bordeaux.

8° *Phlegmon rétro-vésical.* — Complication rare, signalée par Phaneuf en 1927, jamais constatée dans nos observations.

9° *Phlegmon de la paroi.* — La complication la plus fréquente, à notre avis, de la césarienne basse; on la rencontre beaucoup plus souvent que dans la césarienne haute parce que la technique basse permet d'opérer malgré l'infection amniotique, contre laquelle le tissu cellulaire de la paroi se défend beaucoup moins bien que le péritoine. La prophylaxie de cette complication réside dans une protection minutieuse de la paroi incisée par des champs, dans l'usage de crins totaux serrés sur bourrelet, qui suppriment les espaces morts, dans la mise en place d'un drain extrapéritonéal, enlevé au bout de quarante-huit heures.

10° *L'hémorragie.* — Pourrait être un des gros inconvénients de la section basse et nous avons consacré les pages qui suivent à son étude

L'HEMORRAGIE DANS LA CESARIENNE BASSE

L'hémorragie, quand elle se produit, est la plus grave des complications opératoires de l'hystérotomie du segment inférieur. Elle est parfois très abondante et même mortelle, comme dans les cinq cas de Schickelé, Le Lorier, Balard, Gueniot, et celui relevé par nous à la clinique de Bordeaux.

Aussi, de nombreux accoucheurs et parmi eux Reeb, Aubert, Burger, Garipuy, Dujol, Laffont, Houël et Jahier, Grosse et Leroux, Paucot, ont insisté sur la fréquence de cette complication.

C'est la structure du segment inférieur qui nous explique la pathogénie de ces hémorragies. En effet, pour beaucoup d'auteurs et pour Fieux en particulier, cette région de l'utérus est surtout constituée de tissu conjonctif à prédominance d'éléments élastiques; les fibres musculaires ne se rencontrent que dans la couche externe où elles se terminent en faisceau longitudinal.

La rareté de l'élément contractile est la cause de cette atonie si spéciale à cette portion de l'utérus et elle nous montre pourquoi les sinus intrasegmentaires, ouverts par l'incision, peuvent rester béants, ou en tout cas être insuffisamment obturés.

Une épreuve du travail longuement poussée peut venir augmenter encore cette atonie constitutionnelle, et déjà préexistante de l'utérus. Burger, de Strasbourg, a classé ces hémorragies en cinq groupes différents :

- 1° hémorragies atoniques;
- 2° hémorragies de la tranche utérine;

- 3° hémorragies d'un plexus rétrovésical;
- 4° hémorragies des plexus utérins latéraux;
- 5° hémorragies accidentelles par suite de déchirure latérale de la tranche utérine.

Les plus fréquentes seraient les atoniques qui, d'après lui, ne paraissent pas aussi graves qu'autrefois depuis que l'on emploie la rachianesthésie.

Cet auteur a observé une hémorragie foudroyante lors de l'incision du muscle utérin, qui persista après extraction du fœtus et fit mourir la femme d'anémie aiguë en peu de temps, avant même qu'on ait pu songer à faire une hystérectomie.

Gueniot rapporte un cas personnel où la malade succomba à une formidable hémorragie par inertie utérine survenue après la délivrance.

Reeb, sur 10 césariennes basses (dans un article de la *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 25 avril 1923) a observé 3 fois une hémorragie par atonie (malgré l'injection d'hypophyse et d'ergotine) soit dans 30 p. 100 des cas.

Paucot, sur 6 césariennes, rapporte 3 observations d'hémorragie assez abondante, soit dans 50 p. 100 des cas.

Nous-même avons relevé 14 cas d'hémorragie sur les 57 opérées de la clinique, soit un pourcentage de 23,5 p. 100.

Une fois, l'hémorragie a été très abondante et la cause du décès de la malade (hémorragie de la tranche utérine, obs. X). 3 fois l'hémorragie a été importante (obs. XIV, XXV, LIV), 10 fois légère.

Si l'on veut adopter la classification de Burger, 11 cas rentrent dans le cas d'hémorragie par atonie, 3 dans celui d'hémorragie de la tranche utérine.

Enfin, 8 fois cette hémorragie s'est produite après la délivrance, 3 fois pendant toute la durée de l'opération, 2 fois après la sortie du fœtus et 1 fois tardivement après l'opération.

De l'influence du mode d'anesthésie sur l'hémorragie.

1° Etudiant les cas de décès par hémorragie que nous avons pu relever dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'indication du genre d'anesthésie pour les opérées de Gueniot et de Schickelé; par contre, celles de Balard et d'Ecalé (service Le Lorier) avaient subi une anesthésie générale; il en est de même pour la femme décédée d'hémorragie à la clinique obstétricale de Bordeaux, ce qui fait sur 5 décès, 3 au moins chez des malades ayant été endormies au chloroforme ou à l'éther.

2° R. Mahon, dans sa thèse (Bordeaux 1930), a étudié la façon dont s'est comporté l'utérus césarisé sous anesthésie rachidienne ou générale, au cours de toutes les interventions pratiquées à la Maternité, en 1927 et 1928.

Voici ce qu'il écrit : « De ces observations, nous n'avons retenu que ce qui avait trait à la rétraction utérine au cours de l'intervention. Le meilleur témoin de cette rétraction est l'hémostase, qui doit s'établir spontanément dès l'incision de l'utérus ou, tout au moins, dès que l'utérus est vidé de son contenu fœtal; pour apprécier la quantité de sang écoulée pendant l'intervention on ne peut employer des mesures précises et l'on est obligé de s'en tenir à l'estimation de l'opérateur, ce qui enlève évidemment aux observations toute rigueur scientifique; mais telles quelles, elles nous ont paru suffisamment caractéristiques. Nous avons noté leurs résultats comparatifs en appréciant la qualité de l'hémostase; par très bonne hémostase, il faut entendre opération exécutée presque à blanc sur un utérus rétracté au maximum. Par mauvaise, intervention pratiquée sous une hémorragie abondante masquant le champ opératoire et nécessitant, outre l'injection des vasoconstricteurs habituels, inutile avec la rachianesthésie, celle de sérum ou de toni-cardiques; le terme de moyenne se définit par rapport aux deux autres.

» 58 césariennes ont été pratiquées; 44 sous anesthésie rachidienne et 14 sous anesthésie générale.

	Nombre de cas.	Qualité de l'hémostase.		
		Très bonne.	Moyenne.	Mauvaise.
Rachianesthésie.....	44	32	12	0
Anesthésie générale.	14	2	3	9

ce qui donne le pourcentage suivant :

	Rachianesthésie.	Anesthésie générale.
	%	%
Hémostase très bonne.....	73	15
Hémostase moyenne.....	27	20
Hémostase mauvaise.....	0	65

3° A la clinique d'accouchements, sur 57 opérations, 43 ont été pratiquées sous rachianesthésie et 14 sous anesthésie générale.

	Nombre de cas.	Qualité de l'hémostase		
		Très bonne.	Moyenne.	Mauvaise.
Rachianesthésie.....	43	35	8	0
Anesthésie générale..	14	8	2	4

ce qui nous donne comme pourcentage :

	Rachianesthésie.	Anesthésie générale.
	°.	°.
Hémostase très bonne.....	81,3	57,1
Hémostase moyenne.....	18,6	14,2
Hémostase mauvaise.....	0	28,5

4° Notre maître Andérodias a publié une observation qui montre bien quel peut être le puissant effet hémostatique de la rachianesthésie.

Césarienne basse pour placenta præiacentral.

M. F., 31 ans, I-père. D. R. du 11 au 16 mars 1926. Grossesse normale jusqu'au huitième mois. A ce moment, elle présente les hémorragies caractéristiques du placenta prævia; elles deviennent importantes et inquiétantes; on fait transporter la malade dans une maison de santé, le 10 décembre, c'est-à-dire à environ dix à quinze jours du terme. A ce moment, l'utérus est à 32 centimètres au-dessus du pubis, il semble y avoir présentation du siège. Au toucher, on trouve un col large et fermé, le segment inférieur est épais, semblant indiquer un placenta prævia central. Du 10 au 18 décembre 1926, les hémorragies se répètent; le col ne subit

aucune modification. Le 18 décembre il est pratiqué une césarienne basse avant le début du travail. Après l'incision du péritoine, on aperçoit sur la surface du segment inférieur des veines dilatées grosses comme un petit doigt; c'est avec appréhension que M. Andérodias incise le segment inférieur. Or, il ne coule pas de sang, le suintement sanguin est minimum. Extraction de la tête assez difficile, forceps.

Enfant de 3 kg. 070. Le placenta est inséré sur le segment inférieur presque centre pour centre et est décollé facilement sans hémorragie. Suites apyrétiques, rachianesthésie à la syncaïne.

Cette étude nous prouve que la rachianesthésie supprime les risques d'une hémorragie grave; elle diminue en effet considérablement l'abondance de la perte sanguine (jusqu'à la supprimer dans les cas où l'anesthésie est parfaite) en favorisant l'hémostase par l'hypertonie passagère qu'elle procure à l'utérus.

Mais l'hyper-rétractilité post-rachianesthésique ne risque-t-elle pas de céder la place, au bout de quelques heures, à une atonie dangereusement hémorragipare?

C'est un grief que Metzger a fait à l'anesthésie rachidienne au vu d'une hémorragie secondaire consécutive à un accouchement selon la méthode de Delmas.

« Personnellement, répond Mahon, nous avons toujours noté après rachianesthésie une rétraction de l'utérus plus marquée que normalement, non seulement pendant l'accouchement, mais pendant toute la période de la délivrance; nous n'avons jamais observé la moindre mollesse inquiétante de l'utérus pendant les suites de couches, et nous n'avons eu connaissance d'aucun fait de cet ordre à l'occasion des deux cents ou trois cents rachianesthésies obstétricales qui ont été pratiquées à Bordeaux à l'heure actuelle, en clientèle privée ou hospitalière, soit pour opération césarienne, soit pour intervention par voie basse. »

Nos observations confirment cette opinion. La rachianesthésie met à l'abri de toute hémorragie par atonie, aussi bien primitive que secondaire.

INDICATIONS DE LA CESARIENNE BASSE

Dystocie par viciation pelvienne.

Les bassins viciés peuvent se diviser en deux groupes : le premier comprend les bassins chirurgicaux trop rétrécis pour permettre le passage d'une tête fœtale même amoindrie; au second appartient la série des bassins limites, dans lesquels on ne peut savoir, à l'avance, si un enfant passera ou ne passera pas.

I. — LA DYSTOCIE A ÉTÉ PRÉVUE.

Cas purs :

a) *Bassins chirurgicaux*. — On peut dire avec Brindeau que tout bassin généralement rétréci dont le diamètre promonto-rétropubien est inférieur à 9 centimètres, ainsi que tout bassin plat dont le diamètre promonto-rétropubien est plus petit que 8 cm. 5, sont des bassins où, ne pouvant espérer un accouchement normal, on devra faire la césarienne prophylactique, avant tout travail. On pourrait alors faire la césarienne haute sans inconvénient, mais on préférera la basse à cause de la meilleure qualité de sa cicatrice.

b) *Bassins limites*. — Il est difficile, dans ces cas, d'établir avec suffisamment de précision le rapport qui existe entre les dimensions de la tête fœtale et celles du bassin. Aussi on pratiquera systématiquement l'épreuve du travail et on attendra son résultat. Si la tête, après dilatation complète et rupture des membres, reste haute et débordante, on délivrera la femme par une césarienne basse.

II. — LA DYSTOCIE N'A PAS ÉTÉ PRÉVUE.

a) *Cas impurs.* — Rentrent dans cette catégorie les cas où la malade a fait son épreuve du travail chez elle sans surveillance, arrive avec les membranes rompues et après avoir subi de fréquents touchers, mais sans température.

Ici surtout on pratiquera la césarienne basse, qui donne de meilleures garanties de succès que la césarienne corporéale, à cause de l'étanchéité de sa suture.

b) *Cas infectés.* — Ce sont ceux où la malade arrive à l'hôpital après avoir subi en général de nombreuses applications de forceps, les membranes rompues depuis longtemps, avec de la température, présentant enfin les signes certains d'une infection amniotique.

Ici c'est le sens clinique qui doit guider l'accoucheur; les uns font systématiquement la césarienne supra-symphysaire, les autres une césarienne suivie d'hystérectomie ou d'extériorisation temporaire de l'utérus. Nous verrons plus loin si la limite de la césarienne basse doit s'étendre à ces cas.

Placenta prævia.

C'est une des grandes indications de la césarienne basse. Van Rooy écrit même : « Je vois le terrain du placenta devant moi, à cinq ou six points le sang jaillit en abondance; j'y mets des sutures, en quelques minutes la métrorragie est vaincue. » Doit-on pratiquer la césarienne supra-symphysaire dans tous les cas de placenta prævia? Assurément non et les hémorragies d'importance moyenne seront laissées à la simple rupture des membranes. Si, malgré cette thérapeutique, l'hémorragie persiste, il faudra intervenir par voie haute.

Dans les cas de grosse hémorragie due à un placenta prævia central, il faut pratiquer la césarienne basse prophylactique avant tout travail. Ginglinger et S. Tassovatz, qui ont fait l'étude statistique et critique de tous les cas de placenta prævia

hospitalisés depuis 1919 à Strasbourg, arrivent à cette conclusion que, depuis la venue de la césarienne supra-symphysaire dans la thérapeutique du placenta à insertion basse, on sauve davantage de mères et surtout beaucoup plus d'enfants.

Tumeurs prævia.

Par Brindeau et Canonne, tout obstacle prævia plus gros qu'un œuf de poule sera justiciable de la césarienne basse avant le travail. Ces auteurs conseillent la même opération dans le cas où l'obstacle prævia ne serait diagnostiqué qu'au moment du travail.

Hémorragie rétro-placentaire.

Jadis strictement obstétrical, le traitement de l'hémorragie rétroplacentaire est devenu de plus en plus chirurgical depuis que Couvelaire a introduit en clinique la notion d'apoplexie utérine. Portes a démontré dans sa thèse que le diagnostic d'apoplexie pouvait être soupçonné cliniquement mais affirmé seulement anatomiquement, d'où la nécessité d'une laparotomie dans tous les cas sérieux d'hémorragie rétro-placentaire. Le ventre ouvert et l'utérus évacué, la conduite à tenir dépendra du comportement utérin : si la rétraction est bonne, l'utérus pourra être laissé en place, il devra être enlevé si elle est mauvaise.

On voit donc que dans le cas d'apoplexie utérine, c'est seulement l'organe sous les yeux et entre les doigts qu'on pourra opter entre la césarienne conservatrice et l'hystérectomie.

Dans les cas d'hémorragie rétroplacentaire les plus nombreux qui sont bénins, l'accouchement se fera par les voies naturelles; dans les cas graves d'apoplexie, l'hystérectomie en bloc s'imposera d'emblée. En définitive, la part de la césarienne dans les accidents de cet ordre est assez réduite.

Anomalies de dilatation.

Au fur et à mesure que la césarienne basse affirmait son innocuité, la bénignité de ses suites, même dans les cas impurs, on songeait à étendre ses indications à toutes les circonstances cliniques où les méthodes obstétricales classiques ne donnaient pas toujours des résultats satisfaisants. C'est ainsi — nous l'avons vu plus haut — que la césarienne basse conquiert le placenta prævia; c'est également ainsi qu'elle prend une place chaque jour plus grande dans les cas où, au cours du travail, il s'agit d'évacuer rapidement un utérus dont le col est incomplètement dilaté.

Dans ces cas où pourtant la poche d'eau est pratiquement toujours rompue depuis un temps assez long, la césarienne basse est moins grave pour la mère que les dilatations artificielles instrumentales, élastiques ou manuelles, et sauve un nombre beaucoup plus considérable d'enfants.

Présentations anormales.

Pour les mêmes raisons, les présentations de l'épaule négligées, les fronts au détroit supérieur, certaines faces, les gros sièges chez des primipares âgées, les procidences du cordon seront traités à moins de frais par la césarienne basse que par les anciennes méthodes obstétricales.

Dans des cas semblables, l'indication, qui est relative, est une question de doigté, de bon sens et d'expérience cliniques.

Interruptions de la gestation.

Enfin, dans les cas où on sera amené à interrompre une gestation près de son terme (intoxication gravidique, cardiopathie), on aura actuellement tendance à préférer la césarienne supra-symphysaire à la césarienne haute ou à la césarienne vaginale.

EPREUVE DU TRAVAIL ET CESARIENNE BASSE

L'épreuve du travail laissé aujourd'hui aux femmes présentant un bassin limite une chance d'accoucher spontanément; elle est une conséquence directe de la césarienne supra-symphysaire, qui permet d'opérer avec de sérieuses garanties de succès les cas impurs avec membranes rompues à une époque même avancée du travail; elle évite de nombreuses interventions inutiles, qui, si faible soit-il, présenteraient quand même un certain risque de mortalité opératoire.

Bar, qui fut le créateur de la césarienne prophylactique, s'était rendu compte qu'elle était souvent inutile, et il disait au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Paris en 1925 : « Quand Pinard, Farabeuf, Varnier, bataillaient pour la symphyséotomie, ils combattaient contre les applications de forceps au détroit supérieur, les embryotomies, les versions de force; quand j'ai réagi et élargi le problème en préconisant la césarienne précoce, j'ai voulu moins opposer la section césarienne à la symphyséotomie que tendre vers une prophylaxie moins précaire, mais combien d'interventions inutiles ! »

Si donc le palper mensurateur donne, chez une malade présentant un bassin rétréci limite, l'impression que les dimensions de la côte fœtale ne sont pas disproportionnées avec celles du bassin, si cette tête n'est pas exagérément débordante et si le toucher a révélé des fontanelles assez larges pour permettre l'amointrissement, on tentera l'épreuve du travail.

Quelles en sont les conditions d'application ?

1° *L'état de la mère.* — Il est bien entendu que toute affection grave cardiaque ou pulmonaire sera une contre-indication; on devra noter le pouls, la température et prendre la tension artérielle de la malade (on ne soumettra pas à cette épreuve les hypertendues et les albuminuriques).

2° *L'état de l'enfant.* — On ne peut tenter une épreuve de travail que si l'état de l'enfant lui permet une pareille attente, et on surveillera soigneusement les bruits du cœur pendant toute la durée de l'épreuve.

Marche de l'épreuve du travail.

I. — CONTRACTIONS UTÉRINES.

a) *Elles sont normales.* — On les surveillera avec soin en contrôlant de temps en temps leur efficacité, par le palper plutôt que par le toucher, de façon à apprécier la descente de la tête fœtale.

b) *Elles sont du type hypertonique.* — Cette hypertonie, qui fut longtemps confondue avec l'atonie vraie, est due à un manque de relâchement du muscle utérin entre les contractions. Celles-ci sont très douloureuses et trop courtes, et la femme traduit ce tonus douloureux en se plaignant d'une façon continue.

On doit combattre cet état de contracture permanente qui s'oppose à la progression du travail et dans ce but on fera à la malade une piqûre de morphine (0 centig. 5 à 1 centigramme pour commencer). On attendra le résultat de cette thérapeutique et, si elle reste inactive, on pourra refaire une dose égale de morphine. On emploie aussi comme calmant la spasalgine, qui aurait l'avantage d'agir à la fois sur l'élément douleur (par le pantopon et la papaverine) et sur l'élément spasme (par l'atropine).

On pourra également rompre les membranes si elles sont encore intactes.

c) *Elles sont du type atonique vrai.* — On a proposé d'activer le travail par un ocytocique, l'emploi du lobe postérieur d'hypophyse. Cette médication n'est pas à conseiller dans une épreuve du travail; elle est, en effet, trop brutale et augmenterait par son action le traumatisme déjà subi par le fœtus, qui passe à frottements serrés dans une filière trop étroite.

II. — LA POCHE D'EAUX.

Il faudra surveiller l'état des membranes pendant le travail.

Certains auteurs sont partisans de la rupture artificielle des membranes, précoce et systématique, avant la dilatation complète, pour activer le travail.

Kreis, de Strasbourg, voit en la poche d'eaux un obstacle à l'engagement et Snœk, de Bruxelles, prétend qu'il faut rompre les membranes à la dilatation de 5 francs dans les bassins limites. Nous ne partageons pas leur opinion; sans doute, nous avons pu observer des accouchements très rapides, chez des femmes ayant perdu les eaux au début de la dilatation; mais, à côté de ces cas, il y en a bien d'autres où la rupture prématurée des membranes a entraîné, au contraire, un accouchement très long, et a été la cause d'une infection amniotique. Il vaut donc mieux laisser la dilatation se compléter naturellement et ne rompre la poche d'eaux que dans les cas où, près d'être complète, cette dilatation reste stationnaire; là on risque peu et on aura quelquefois la chance de voir la tête s'engager.

Dangers de l'épreuve du travail.

1° *L'infection amniotique.* — Elle est rarement importante; la césarienne basse permet de ne plus la craindre autant qu'à l'époque de la corporéale.

2° *La menace de rupture du segment inférieur.* — Elle se traduit par une tension douloureuse, indice d'une rupture

utérine proche. Dans ce cas, il faut cesser l'épreuve du travail et opérer sans tarder.

Epreuve du travail négative.

Si après 8 à 9 heures de travail, malgré une dilatation complète ou presque complète, les membranes étant rompues, la tête reste flottante au détroit supérieur, il faudra faire la césarienne supra-symphysaire; la poche d'eaux étant rompue, on risquerait trop pour la mère comme pour l'enfant à prolonger davantage l'épreuve du travail.

Epreuve du travail positive.

Odagesco, d'après sa statistique, estime que 70 p. 100 des femmes à bassins rétrécis accouchent spontanément.

Perrier, Marassi pensent que la proportion d'épreuves du travail positives est de 25 p. 100 dans les bassins limites.

Désirant nous rendre compte personnellement des résultats de cette épreuve du travail, nous avons étudié tous les accouchements à terme dans les bassins rétrécis à la clinique d'accouchements de Bordeaux, de 1926 au 1^{er} novembre 1930.

Pendant ce laps de temps, il a été fait à la clinique 185 accouchements dans des bassins plus ou moins rétrécis, dont le promonto sous-pubien était égal ou inférieur à 10 cm. 75, sur un total de 4.443 accouchements. Sur ces 185 accouchements, on a fait 18 césariennes corporéales pour viciation pelvienne, 8 césariennes basses prophylactiques avant tout travail (7 pour bassins chirurgicaux et 1 pour bassin rétréci et albuminurie), et 42 césariennes basses après épreuve du travail pour rétrécissement pelvien. Il reste 117 accouchements qui se sont terminés par les voies naturelles; parmi eux et après une étude approfondie de tous les cas, nous avons relevé 49 bassins limites pour lesquels l'épreuve du travail a été faite.

En résumé, l'épreuve du travail a été faite 91 fois de 1926 au 1^{er} novembre 1930, elle a été négative dans 46,1 p. 100 des cas et positive dans 53,8 p. 100. Parmi ces 49 accouchements par les voies naturelles, 27 ont été absolument spontanés et 22 terminés par applications de forceps dans l'excavation; enfin on a fait l'épreuve du travail pour rétrécissement pelvien sur 4.443 accouchements dans 2,04 p. 100 des cas.

RESISTANCE DE LA CICATRICE ET RUPTURE UTERINE APRES LA CESARIENNE BASSE

I. — RÉSISTANCE DE LA CICATRICE.

Legueux, au Congrès de Paris en 1921, avait émis des craintes sur la résistance des cicatrices du segment inférieur et leur danger de rupture, prétendant que cette cicatrice portant sur la région la plus mince de l'utérus, devait être moins solide que celle du corps de l'organe.

L'étude des statistiques semble prouver le contraire, et que si la cicatrice porte sur une région anatomiquement plus faible, étant placée sur une partie de l'utérus immobile pendant les suites de couches, elle permet une cicatrisation plus exacte et plus sûre.

Lichtenstein (*Zentralblatt für gynäkologie*, 1910) rapporte un cas où la cicatrice du segment inférieur résista à un hydramnios.

Nouvian, dans sa thèse (Paris, 1912), a relevé 164 cas de grossesse postérieure à une césarienne basse, dans lesquels, la cicatrice a résisté.

Dobroschke (thèse de Breslau, 1913) réunit 20 observations de femmes ayant subi une césarienne basse itérative, après un travail dont la durée varie de 6 h. 30 à 41 heures.

Czyzewia, en 1915, rapporte 29 cas de césariennes basses avec grossesse ultérieure sans aucun incident du côté de la cicatrice.

Gaifami, de Rome, en 1923, cite 11 cas de césariennes supra-symphysaires itératives, la cicatrice se montra dans

tous les cas fonctionnellement solide. Ayant eu l'occasion d'examiner un utérus enlevé par hystérectomie après une césarienne basse itérative, il écrit : « L'examen, si soigneusement qu'on puisse le faire sur la pièce anatomique, ne permet de constater aucune trace microscopique de l'incision ancienne. »

Phaneuf, en 1926, publie 44 cas de césarienne basse itérative. Il était impossible, dans tous les cas, de trouver trace de la cicatrice du segment inférieur.

Nous avons relevé à la clinique d'accouchement de Bordeaux 6 observations de césarienne basse itérative. L'une de ces interventions (obs. XIX) fut faite 31 heures après le début du travail. Dans tous les cas, la cicatrice a résisté.

II. — RUPTURE UTÉRINE.

Les cas de rupture de la cicatrice après césarienne suprasymphysaire sont rares.

Blacker (*Journ. of obstetrics and gyn. of Brit. Empire*, vol. XXVIII), rapporte 3 cas de rupture.

Martin (*Arch. of gynakologie*, 1923. Kongresberitche), publie 1 cas et en mentionne 4 autres.

Max Wetterwald, chef de clinique de l'Hôpital de Saint-Gall (Suisse), rapporte en 1926 une statistique portant sur 3.600 cas de césarienne basse. Il trouve seulement 10 ruptures, soit 0,28 p. 100.

Dans la césarienne classique, les dangers de rupture étaient plus grands.

Bar et Couvelaire donnent 2 p. 100.

Eardley Holland publie en 1921 deux statistiques; dans la première, il rapporte tous les cas de césarienne haute de « London Maternity Hospital », de 1912 à 1918 : rupture de la cicatrice, 14,3 p. 100; dans la seconde il étudie toutes les césariennes corporéales faites dans le Royaume-Uni de 1911 à 1920 : rupture de la cicatrice, 3,6 p. 100.

Siegel, en 1921, rapporte 113 cas de césarienne basse et

haute; la rupture de la cicatrice a été constatée dans 2 cas après une césarienne classique.

III. — QUELLE PEUT ÊTRE LA CAUSE DE LA RUPTURE DE LA CICATRICE ?

Rubin (thèse Paris, 1930), qui a étudié la question des ruptures utérines après césarienne basse, pense que souvent cette rupture est provoquée par l'insertion d'un placenta prævia sur l'ancienne cicatrice du segment inférieur (5 cas sur 15). Malgré tout, cette insertion vicieuse est rare et le placenta s'insère la plupart du temps sur la face antérieure de l'utérus, ce qui suffirait à expliquer la plus grande fréquence de rupture après l'opération haute; la statistique donnée par Holland semble d'ailleurs confirmer cette hypothèse, d'après lui sur 51 cas de rupture utérine après la césarienne corporéale, 34 fois le placenta s'était fixé sur l'ancienne cicatrice.

IV. — ACCOUCHEMENT PAR LES VOIES NATURELLES CHEZ LA FEMME AYANT SUBI UNE CÉSARIENNE BASSE ANTÉRIEURE.

1° Siégel, en 1923, a publié une statistique portant sur 113 cas de césarienne basse (l'opération transpéritonéale a été faite dans les deux tiers des cas). — 54 de ces femmes sont devenues enceintes à nouveau; 28 ont accouché par les voies naturelles, et 26 ont subi une césarienne basse itérative.

2° Max Wetterwald, en 1926, écrit « Sur 101 femmes auxquelles la possibilité de conception a été laissée, 45 ont eu une ou plusieurs grossesses ultérieures. Dans 13 cas, la césarienne basse a dû être répétée. Outre ces 13 femmes, 26 ont eu 40 accouchements par les voies naturelles, sans incidents fâcheux (une a même accouché 6 fois spontanément, une autre 4 fois et deux autres 3 fois); ces 40 accouchements se sont produits à terme. Chez 5 autres femmes,

7 fois la grossesse s'est interrompue spontanément avant terme, les enfants ne furent pas viables. Enfin, chez une autre, il y eut rupture de l'ancienne cicatrice. En résumé, nous avons 13 accouchements par une deuxième section et 40 par les voies naturelles, ce qui ferait en tout 53 accouchements consécutifs à une césarienne basse; sur ces 53 accouchements, 34 furent absolument spontanés. »

Ces statistiques prouvent, contrairement à l'opinion de certains auteurs, que l'élasticité de la cicatrice du segment inférieur est suffisante pour permettre, sans courir d'importants risques de rupture, d'attendre l'épreuve du travail lors d'une deuxième grossesse.

Notre maître, M. le Professeur Andérodias, a rapporté à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, le 9 juillet 1930, l'observation d'une jeune femme à bassin limite chez laquelle il répéta l'épreuve du travail au cours de deux accouchements successifs : la première épreuve se termina par une césarienne basse, la seconde par un accouchement spontané.

Et notre maître, commentant ces faits, s'exprime ainsi : « Je vois là un nouvel avantage de la césarienne basse sur la césarienne haute. Il est certain que dans un cas pareil, si j'avais fait la première fois une césarienne haute, je n'aurais certainement pas fait l'épreuve du travail la seconde fois. J'aurais craint les dangers d'infection et de rupture de la cicatrice; cette rupture de la cicatrice est beaucoup plus fréquente, avec la césarienne haute, dans les accouchements ultérieurs, surtout lorsqu'il s'agit d'un bassin rétréci. »

A la séance du 18 novembre de la même Société, M. le docteur Balard rapportait trois cas d'accouchement par les voies naturelles après césarienne basse et, soulignant cet avantage, dû à la valeur de la cicatrice, montrait qu'il était permis de ce fait d'étendre plus largement les indications de la césarienne basse dans les dystocies passagères.

RESULTATS COMPARES DE LA CESARIENNE HAUTE ET DE LA CESARIENNE BASSE

Mortalité maternelle de la césarienne haute.

RÉSULTATS.

Armand Routh publie, en 1910, la statistique des césariennes corporéales faites en Angleterre de 1891 à 1910 :

opérées avant le travail : mortalité, 3,5 p. 100;

opérées en travail membranes intactes : mortalité,
2,2 p. 100;

opérées en travail membranes rompues : mortalité,
10,8 p. 100;

opérées après touchers fréquents et essais d'extraction basse : mortalité, 34,8 p. 100.

Brandt, au Congrès des chirurgiens scandinaves, en 1919, sur 61 cas, donne une mortalité de 13,6 p. 100.

Eardley Holland et Munro Kerr donnent, au Congrès des gynécologues anglais, en 1921, les résultats des césariennes hautes faites dans le Royaume-Uni de 1911 à 1920 :

opérées avant le travail : mortalité, 1,4 p. 100;

opérées en travail membranes intactes : mortalité,
1,8 p. 100;

opérées en travail, mais tardivement : mortalité,
9,4 p. 100;

opérées après essais de forceps : mortalité, 26,5 p. 100.

La péritonite a été la cause du décès presque dans la moitié des cas.

Applegate, en 1919, publie 96 cas, dont :

53 opérés avant tout travail : mortalité, 1,94 p. 100;

43 opérés après épreuve du travail : mortalité, 13,9 p. 100.

King, de New-Orleans, rapporte 117 cas avec une mortalité globale de 33,3 p. 100: mortalité due à l'intervention, 13,7 p. 100.

Polack et Beck, sur 200 cas opérés à Long Island, College Hospital, donnent 8 p. 100 de mortalité.

E. S. Newel estime que la mortalité dans plusieurs villes autour de Boston, atteint 50 p. 100.

Brindeau pense que dans les cas purs la mortalité est de 1,5 à 3 p. 100 et qu'elle atteint 10 à 27 p. 100 dans les cas impurs.

Kuffer, sur 10 cas de césarienne haute chez des femmes infectées, a eu une mortalité de 30 p. 100.

Vallois, sur 3 cas de césarienne tardive, a eu une mort, soit 33 p. 100 de mortalité.

Morbidité de la césarienne haute.

Munro Kerr et Holland ont relevé dans leur statistique du Royaume-Uni, de 1911 à 1920, 40 p. 100 de morbidité.

Mouchotte, cité par Couvelaire, en 1910, a eu une morbidité de 66 p. 100 dans les cas de césarienne après épreuve du travail.

Brouha, sur 24 cas suspects, a une morbidité de 44 p. 100.

Bar, au Congrès des gynécologues de 1921, donne les chiffres suivants :

- 1° Dans 9 cas de Lönne, où la césarienne corporéale avait été pratiquée sur des femmes ayant 37°5 au moment de l'opération, 77 p. 100 de morbidité;
- 2° Dans les cas où la malade n'avait pas de température avant l'intervention, 33,9 p. 100 seulement.

Mortalité maternelle dans la césarienne basse.

RÉSULTATS.

Klein, dans sa thèse (Paris, 1912), rapporte 430 cas avec 6,4 p. 100 de mortalité.

Schäfer donne, dans 56 cas de césarienne transpéritonéale, une mortalité de 4 p. 100 par péritonite.

Martius (de Bonn) publie une statistique de 136 césariennes faites dans son service de 1912 à 1914 :

40 cas de césarienne basse extrapéritonéale : mortalité, 7,5 p. 100;

24 cas de césarienne basse extrapéritonéale : mortalité, 4,1 p. 100;

31 cas de césarienne corporéale : mortalité, 9,8 p. 100;

41 cas d'opération de Porro : mortalité, 2,5 p. 100.

Cook Hirst, en 1920, réunit 30 cas sans mortalité :

Munro Kerr, en 1921, signale 33 cas avec 5 morts, soit 15,1 p. 100 de mortalité.

J.-B. de Lee et Cornell, en 1922, rapportent 145 cas douteux avec une mortalité de 0,6 p. 100.

Kustner, en 1922, donne, dans 213 cas, une mortalité de 1 p. 100.

P. Baumm, en 1923, signale 133 césariennes basses avec 2 morts (une par infection, et l'autre par embolie gazeuse).

Reeb, en 1923, sur 10 cas, a eu 1 décès, soit 10 p. 100 de mortalité.

Perrier, dans sa thèse (Strasbourg, 1923), rapporte 32 cas avec 6,45 p. 100 de mortalité.

Phaneuf et Hégarty, sur 80 cas, ont eu 7,5 p. 100 de mortalité.

Brouha réunit 25 cas avec 2 décès, soit 8 p. 100 de mortalité.

Gaifami, en 1923, rapporte 50 cas sans décès.

Krause, en 1923, publie 123 cas de césarienne transpéritonéale avec 4 p. 100 de mortalité.

De Porenta, en 1924, rapporte 112 cas de césarienne basse sans mortalité.

Correia da Costa, en 1925, publie 32 cas de césarienne

transpéritonéale avec un seul décès par péritonite chez une femme ayant subi de nombreuses applications de forceps.

Brindeau, en 1926, donne 88 cas (cas purs et douteux) avec 1,1 p. 100 de mortalité.

Portes et Risacher, en 1926, publient une statistique portant sur 28 cas de césarienne basse. 20 cas impurs (19 douteux et 1 franchement infecté). 1 décès par péritonite.

Gromadzki, de Varsovie, publie, en 1927, 101 cas, dont 91 cas de césarienne basse transpéritonéale avec 3 décès, et 10 cas de césarienne basse extrapéritonéale avec 30 p. 100 de mortalité.

J. Andérodias publie, en 1928, 32 cas sans mortalité maternelle.

Puppel, de Mainz, en 1929, rapporte 123 cas de césarienne basse : mortalité, 6 p. 100.

Martin et Spieckoft, en 1929, réunissent 405 cas douteux de césarienne basse avec 18 morts, soit 4,4 p. 100 de mortalité (sur ces 18 décès, 10 sont dus à une péritonite).

P. Balard, de Bordeaux, en 1930, publie 44 observations avec une mortalité globale de 6,81 p. 100. Une des malades est morte de coma éclamptique, la mortalité réelle est donc 4,52 p. 100.

Morbidité de la césarienne basse.

Klein, sur 121 opérés, a 33,8 p. 100 de morbidité.

Schäfer, sur 50 cas, signale 30 p. 100 de morbidité; il a observé la suppuration de la plaie opératoire dans 18 p. 100 des cas.

Nowian, en 1912, donne 24,4 p. 100 de morbidité sur 430 cas.

Munro Kerr, sur 33 cas, a 44 p. 100 de morbidité.

Phaneuf, sur 74 cas, signale 28,3 p. 100.

J.-B. de Lee et Cornell, 31,2 p. 100 sur 144 cas.

Perrier, 38,7 p. 100 sur 29 cas (avec suppuration de la plaie opératoire dans 25,8 p. 100 des cas).

Marassi rapporte 27 cas avec 33,3 p. 100 de morbidité.

Etude statistique de la césarienne basse transpéritonéale
à la Clinique d'accouchements de Bordeaux.

57 cas, dont 6 cas de césarienne itérative [2].

1° *Anesthésie :*

- A l'éther, 10 cas;
- Au chloroforme, 4 cas;
- Rachianesthésie, 43 cas.

2° *Classification des cas :*

- a) Opérées avant le travail, 44 cas;
- b) Opérées en travail, membranes intactes, 21 cas;
- c) Opérées en travail, membranes rompues;
 - depuis moins de 10 heures, 11 cas;
 - depuis 10 à 30 heures, 8 cas;
 - depuis plus de 30 heures, 3 cas.
- d) Opérées en travail, membranes rompues et température;
touchers nombreux, 3 cas.

3° *Césariennes basses prophylactiques :* 12 cas.

11 avant le début du travail :

- 2 pour placenta prævia;
- 7 pour bassins chirurgicaux;
- 1 pour bassin rétréci et albuminurie;
- 1 pour cardiopathie.

1 un peu après le début du travail pour résistance d'origine cicatricielle de l'orifice externe du col.

La césarienne prophylactique pour bassin rétréci a donc été pratiquée dans 14 p. 100 des cas.

4° *Césariennes basses après épreuve du travail :* 43 cas.

42 ont été faites pour bassins viciés;

Les 3 autres césariennes ont été pratiquées également après épreuve du travail, mais dans des bassins normaux :

- 2 fois pour défaut d'adaptation de la tête;
- 1 fois pour kyste de l'ovaire prævia.

5° *Indications opératoires.*

- 43 fois pour viciation pelvienne pure;
- 2 fois pour placenta prævia;

- 2 fois pour rétrécissement du bassin et présentation du siège;
- 2 fois pour défaut d'adaptation de la tête et défaut de dilatation dans un bassin normal;
- 1 fois pour bassin rétréci et albuminurie;
- 1 fois pour bassin rétréci et procidence du cordon;
- 1 fois pour menace de rupture du segment inférieur dans un bassin rétréci;
- 1 fois pour cardiopathie;
- 1 fois pour résistance de l'orifice externe du col dans un bassin normal;
- 1 fois pour kyste de l'ovaire prævia dans un bassin normal.

6° *Mortalité maternelle* : 6 décès. *Mortalité globale* : 10,5 p. 100.

- 2 par péritonite (obs. XXIV et XLVII);
- 1 par hémorragie (obs. X);
- 1 par septicémie (obs. XXXII);
- 1 par phlegmon du ligament large (obs. XII);
- 1 par embolie pulmonaire (obs. LII).

Mortalité par péritonite : 3,5 p. 100.

Mortalité dans les cas de membranes intactes :

2 sur 32, soit 6,2 p. 100.

Mortalité dans les cas de membranes rompues :

1 sur 22, soit 4,5 p. 100.

Mortalité dans les cas infectés :

3 sur 3, soit 100 p. 100.

7° *Mortalité fœtale* : 6 décès.

- 2 par souffrance fœtale (obs. VIII et XXI);
- 1 cause inconnue (obs. XXXIV);
- 1 par gastro-entérite aiguë (obs. I);
- 1 par ictère et mœlena (obs. LV);
- 1 par fracture du crâne consécutive à de multiples applications de forceps (obs. XLVII),
Soit 10,5 p. 100.

8° *Morbidité* : 35 p. 100.

Abcès du sein, 2;
Phlébite, 4;
Lymphangite du sein, 1;
Abcès de la paroi, 7;
Congestion pulmonaire, 2;
Lymphangite utérine, 2;
Eventration
Rétention d'urine, 1.

L'abcès de la paroi a été observé dans 12,2 p. 100 des cas.

Etude statistique de la césarienne haute à la Clinique d'accouchements de Bordeaux.

(De 1926 au 1^{er} novembre 1930 : 22 cas.)

1° Sur ces 22 opérations, on a pratiqué 5 interventions prophylactiques pour rétrécissement pelvien, soit dans 22,7 p. 100 des cas.

2° *Mortalité maternelle* : 4 décès.

1 par péritonite;
1 par septicémie;
2 par hémorragie,
Soit une mortalité globale de 18,8 p. 100; par péritonite, 4,5 p. 100.

3° *Morbidité* : 36,3 p. 100.

Fistule utéro-pariétale, 1;
Abcès de la paroi, 1;
Shock opératoire, 1;
Congestion pulmonaire, 2;
Abcès du sein, 1;
Phlébite, 1;
Pyométrie, 1.

L'abcès de la paroi a été observé, ainsi que le shock opératoire et la pyométrie, dans 4,5 p. 100 des cas.

VALEUR DE LA CÉSARIENNE BASSE DANS LES CAS INFECTÉS

Schickelé écrivit en 1925 : « Nous opérons malgré l'infection manifeste, frissons, fièvre, manœuvres opératoires préalables, écoulement fétide; l'hystérectomie a presque disparu. » D'autres auteurs, comme Hofmeir, Wagnér, de Prague (qui voit dans la fièvre une indication opératoire), Beuttner, de Genève; Gaifami, de Rome; Hauchs, de Copenhague, sont également partisans de pratiquer la césarienne transpéritonéale dans les cas où l'utérus est infecté.

Il nous a semblé qu'il ne fallait peut-être pas étendre aussi loin les indications de la césarienne basse; sans doute a-t-on publié des statistiques de cas infectés opérés sans mortalité, ou presque, et l'on trouve la raison de ces succès opératoires dans le degré de la virulence microbienne, ainsi que dans la nature et la quantité des germes; tous ces facteurs, cliniquement, sont difficilement appréciables, c'est donc une question de chance. Faut-il la tenter? Nous ne le pensons pas à cause des dangers trop importants encourus par la malade : à côté de ces résultats excellents, combien d'autres moins favorables...

Brindeau, en 1922, a publié 14 cas (5 cas purs et 9 cas impurs). Mortalité globale, 21,4 p. 100. Parmi les 9 cas impurs, 5 femmes avaient de la température, et 2 avaient subi des applications de forceps : 3 décès (1 par péritonite, 1 par occlusion intestinale, et le troisième par ictère chloroformique).

Davis a employé la césarienne transpéritonéale dans les cas infectés : 33 p. 100 de mortalité.

Winter, en 1929 (*Zentralb. f. gyn.*, 1929, n° 30), a publié la statistique des 4.450 cas de césariennes faites en Allemagne pendant l'année 1928 (opérations corporéales, transpéritonéales, extrapéritonéales et de Porro) : mortalité globale, 7,1 p. 100.

Sur 4.304 cas afébriles : mortalité globale, 6,4 p. 100.

Dans les cas afébriles :

Mortalité de la césarienne basse transpéritonéale (3.534 cas), 3,7 p. 100;

Mortalité de la césarienne basse extrapéritonéale (304 cas), 6,7 p. 100;

Mortalité de la césarienne classique (438 cas), 6,4 p. 100;

Mortalité de la césarienne classique (Fritsche) (34 cas), 8,9 p. 100;

Mortalité de l'opération de Porro (120 cas), 6,7 p. 100.

Sur 136 cas infectés : mortalité globale, 40 p. 100.

Dans les cas infectés :

Mortalité de la césarienne basse transpéritonéale (114 cas), 25 p. 100;

Mortalité de la césarienne basse extrapéritonéale (25 cas), 30 p. 100;

Mortalité de l'opération de Porro (9 cas), 44 p. 100.

Nous avons relevé les cas infectés de la Clinique de Bordeaux :

1^{er} cas (obs. XII). — Césarienne basse pour viciation pelvienne. Température à l'arrivée à la Clinique, 38°3. Suites fébriles après l'opération. Décès, le 30^e jour, de phlegmon du ligament large droit (malade envoyée de la campagne).

2^e cas (obs. XXXII). — Césarienne basse pour kyste de l'ovaire prævia. Température à l'arrivée à la Clinique, 38°7. Décès quarante-huit heures après l'intervention. Septicémie suraiguë (malade envoyée de la campagne).

3^e cas (obs. XLVII). — Césarienne basse pour bassin rétréci, après nombreux échecs de forceps. Température à l'arrivée à la Clinique, 38°4. Décès quarante heures après l'opération. Péritonite.

Mortalité 100 p. 100.

Nous pensons qu'il eût été préférable d'hystérectomiser les deux premières malades après césarienne faite et de pratiquer une basiotripsie chez la troisième femme, dont l'enfant (après ces tentatives d'extraction multiples et appuyées qui n'étaient, somme toute, qu'une basiotripsie déguisée) n'avait aucune chance de vivre : il meurt, en effet, trente-six heures après l'opération et son autopsie révéla l'existence d'une fracture du crâne.

Si efficace donc soit la protection assurée par la césarienne basse, elle n'est pas toujours suffisante pour arrêter une infection amniotique sévère; sans doute, la méthode transpéritonéale préservera de la péritonite dans bon nombre des cas, mais il n'en est pas de même pour d'autres accidents tels que l'infection du tissu cellulaire pelvien et la septicémie. C'est là le danger des cas infectés, et l'on a souvent signalé après les interventions faites chez ces malades des complications mortelles : thrombo-phlébite suppurée, embolie consécutive à une phlébite pelvienne, phlegmon et septicémie (Baumm et Schauta ont eu 4 cas de phlegmon pelvien avec 3 morts; Runge a eu un décès pour la même raison; P. Strass a observé un cas très grave de cellulite pelvienne).

C'est pourquoi certains accoucheurs ont fait quelques réserves et se sont élevés contre les indications trop étendues de la césarienne basse :

Krönig et Lange écartent la césarienne basse dans les cas infectés.

Portes et Risacher, en 1926, écrivent « que cette opération ne donne pas une sécurité absolue dans les cas franchement infectés ».

Newel estime que lorsqu'une femme présente des signes nets d'infection aucune opération conservant l'utérus n'offre de probabilité de prévenir les complications graves.

J.-B. de Lee recommande même de revenir à la méthode extrapéritonéale s'il s'agit d'une jeune femme ou bien à l'opération de Porro s'il s'agit d'une malade âgée. Martin,

Dujol, Harris et Brown, de Baltimore, arrivent à des conclusions analogues.

En rapportant une observation malheureuse de césarienne basse dans un cas infecté (obs. XLVII de notre statistique), MM. Gautret et Mahon (Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 9 juillet 1930) ajoutent quelques réflexions sur les limites de la césarienne conservatrice : « ... Les indications de la conservation utérine, disent-ils, bien que très sensiblement élargies par la césarienne basse, doivent cependant être maintenues dans des limites plus étroites. Les césariennes basses ont souvent donné de bons résultats avec des températures de 39 degrés, mais la longueur du travail et les interventions répétées doivent imposer l'hystérectomie ou l'opération de Portes. »

Nous croyons aussi qu'un enfant agonisant, le crâne fendu par plusieurs tentatives infructueuses d'extraction au forceps, ne vaut mieux qu'une basiotripsie. Certes, nous ne voudrions pas laisser croire que nous cherchons à réhabiliter la basiotripsie sur enfant vivant; mais ces fœtus victimes de forceps intempestifs méritent-ils bien l'épithète de « vivant » ?

En réalité, tant que l'éducation des médecins de campagne ne sera pas suffisamment faite, tant qu'arriveront encore dans nos maternités des femmes qui viendront de subir des manœuvres d'un autre siècle, des femmes infectées et dont l'enfant est déjà condamné, on ne pourra pas systématiquement rejeter la basiotripsie pour la césarienne, qui ne sauverait pas davantage l'enfant, tout en compromettant beaucoup plus la mère.

Et, dans les cas où l'enfant peut être opportunément sauvé par une opération chirurgicale, un état d'infection caractérisé doit entraîner au sacrifice délibéré de l'utérus. Avant de songer au salut de la fonction, il faut songer au salut de la fonctionnaire.

OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

Année 1926.

OBSERVATION I.

(Docteurs Marc RIVIÈRE et LACOUTURE.)

*Césarienne suprasymphysaire pour résistance de l'orifice externe
du col (le 8 février 1926).*

Mme M..., 21 ans, primipare. D. R. du 20 au 24 avril.

La malade arrive de ville à 18 heures, envoyée par sa sage-femme parce que l'enfant perd du méconium. Dès le début du travail, les membranes se sont rompues spontanément vers 16 heures. Bassin normal. On constate que la tête reste au niveau du D. S. Le col est complètement effacé et très difficilement accessible, très haut et en arrière. Son orifice externe est ouvert comme une grosse lentille; on sent nettement qu'il est circonscrit par un anneau très dur, inextensible, paraissant cicatriciel : la femme n'est cependant mariée que depuis huit mois, n'a jamais subi de traitement pour métrite cervicale et nie tout écoulement.

Malgré de bonnes contractions, le col garde les mêmes caractères; vers 21 h. 30, en raison des signes de souffrance donnés par le fœtus, on décide d'intervenir. Après examen du col avec des valves, on constate que la profondeur exagérée du vagin, l'élévation de la tête, rendent une intervention par incision du col des plus hasardeuses. On se décide alors pour l'opération suprasymphysaire.

Opération : Sans incident; le péritoine, décollé, est fixé à l'inci-

sion cutanée par des pincées en cœur; on ne voit les anses intestinales à aucun moment; le fœtus est facilement extrait; il est couvert de méconium et difficilement ranimé; il portait un cordon serré. Garçon de 3 kg. 620.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION II.

(Docteurs RIVIÈRE et LACOUTURE.)

Césarienne supra-symphysaire pour bassin rétréci après rupture des membranes (le 12 février 1926).

Mme T... 28 ans, primipare. D. R. du 5 au 9 mai. Bassin P. S. P. = 10 1/4.

Observation : La malade arrive de ville le 12 février vers 11 heures; elle a perdu les eaux la veille vers 20 heures, mais ne souffre pas. Col entier.

Le bassin est très vicié, plusieurs faux promontoires; il paraît incompatible avec un accouchement par voie basse; le fœtus est très mobile et paraît gros.

Opération : Anesthésie à l'éther. Opération sans incident après fixation à la paroi du péritoine décollé. L'extraction du fœtus est difficile, on est obligé d'insinuer une branche du forceps en arrière de la tête fœtale et de faire levier pour l'énucléer. Garçon de 4 kg. 200.

Suites opératoires : Bonnes.

OBSERVATION III.

(Docteurs RIVIÈRE et LESCALE.)

Césarienne suprasymphysaire pour bassin rétréci. — Abscess du sein (le 2 avril 1926).

Mme D..., 25 ans, primipare. D. R. du 6 au 12 juin.

La malade arrive de ville en travail, l'œuf intact; le palper montre une tête élevée, débordant nettement. On décide d'inter-

venir vers 15 heures en raison de la modification des B. du C. foetal.

Opération : Dès l'incision du segment inférieur, issue d'une grande quantité de liquide amniotique teinté de méconium. La tête, volumineuse, est difficilement énucléée; suture utérine en deux plans; péritonisation par un seul surjet transversal. Paroi en trois plans. Fille de 4 kg. 350.

Suites opératoires : Absès du sein gauche.

OBSERVATION IV.

(Docteurs RIVIÈRE et DENIS.)

Césarienne basse après rupture des membranes pour bassin rétréci. — Phlébite gauche (le 26 avril 1926).

Mme L..., 32 ans. Première grossesse en 1925; forceps; enfant mort deux jours après. Deuxième grossesse actuelle. D. R. du 10 au 15 juillet. Bassin P. S. P. = 10 cm. 5.

La malade perd les eaux le 26 avril à 7 heures; la tête déborde et l'enfant paraît gros.

Opération : Par voie transpéritonéale basse. Segment inférieur mal développé. Incision légèrement insuffisante; l'extraction de la tête foetale se fait sans difficulté, mais l'incision se déchire un peu vers le corps. Sutures utérines habituelles. La vessie est suturée par un point en U; en haut de l'incision utérine, péritonisation en redingote; paroi en trois plans. Fille de 3 kg. 120.

Suites opératoires : Phlébite.

OBSERVATION V.

(Docteurs LACOUTURE, GAUTRET et LESCALE.)

Césarienne basse prophylactique pour bassin rétréci chirurgical. — Lymphangite du sein (le 12 mai 1926).

Mme D..., 28 ans, primipare. D. R. du 1^{er} au 4 août. Bassin P. S. P. = 8 centimètres.

Opération : On fait une incision abdominale de l'ombilic à la symphyse. Cette incision est trop étendue dans le cas présent (les anses intestinales sont visibles à l'extrémité supérieure de l'incision). Incision péritonéale transversale classique du péritoine, qui ne peut être suffisamment basse. Décollement du péritoine. Incision longitudinale du segment inférieur après avoir réuni par des points le péritoine viscéral et le péritoine pariétal. Extraction facile du fœtus. Points séparés pour suture du péritoine. Péri-tonisation suffisante, mais adossement imparfait en redingote des lambeaux supérieur et inférieur. Filles de 2 kg. 530.

Suites opératoires : Lymphangite mammaire.

OBSERVATION VI.

(Docteurs RIVIÈRE et DENIS.)

Césarienne basse pour défaut d'adaptation de la tête dans un bassin normal après 34 heures de travail. — Abscesses des deux seins (le 29 juillet 1926).

Mme M..., 23 ans, primipare. D. R. du 7 au 12 septembre. La malade, suivie dans le service depuis plusieurs semaines, frappait par la mobilité de la présentation, tantôt un siège, tantôt un sommet). Dans les quinze derniers jours, la tête paraissait déborder considérablement la symphyse et l'on pouvait se demander si le fœtus n'était pas porteur d'une hydrocéphalie modérée. Une radio est faite : le fœtus, à ce moment-là, était en présentation du siège, tête de dimensions normales. On décide de faire une version et de ramener la tête au D. S. — Quarante-huit heures plus tard, le 28 juillet, vers 8 heures, elle commence à souffrir et perd les eaux. Aussitôt les douleurs se rapprochent entraînant un état d'excitation marquée, sans progrès sensibles de la dilatation. Le lendemain, vers 18 heures, la situation ne s'est pas améliorée, on décide de terminer chirurgicalement.

Opération : Anesthésie rachidienne; le segment inférieur non formé gêne pour l'incision qui est obligée d'empiéter sur le corps. Une fois l'utérus incisé, il s'écoule un flot de méconium, la bou-

che est ramenée en avant mais la tête est énucléée avec difficulté; le fœtus présente deux circulaires autour du cou et un en écharpe. Il crie avant même d'être extrait; délivrance manuelle. Sutures habituelles; garçon de 2 kg. 830.

Suites opératoires : Tout petit abcès de la paroi dans les premiers jours qui suivent l'intervention. Vers le 15^e jour se forment deux abcès au niveau des seins.

OBSERVATION VII.

(Docteurs LAFARGUE et RIVIÈRE.)

Césarienne basse pour menace de rupture du segment inférieur dans un bassin rétréci après 20 heures de travail et 36 heures après l'ouverture de l'œuf (le 23 août 1926).

Mme G..., 25 ans, primipare. D. R. du 28 octobre au 3 novembre. La malade arrive dans le service le 23 août à 8 h. 30 envoyée par le Docteur Péry. Ce dernier, appelé par le médecin traitant après 14 heures de travail, constate un bassin rétréci (la dilatation est complète depuis 4 heures du matin. Tête élevée au niveau du D. S.) et conseille le transfert de la malade à l'hôpital. Vue à 9 heures, la situation ne s'est pas améliorée, tête posée sur le D. S. en G. T. Bosse séro-sanguine volumineuse. B. du C. normaux; contractions utérines très vigoureuses. Peu à peu on voit se dessiner au-dessus de la symphyse une voussure simulant une vessie pleine; c'est le segment inférieur distendu et oedématié.

Opération à 11 heures : Rachianesthésie, incision un peu étendue, sous-ombilicale, le segment inférieur apparaît très distendu par la tête-fœtale; décollement du péritoine un peu difficile; le lambeau supérieur se déchire. Incision médiane du segment inférieur; la tête est facilement extraite. Garçon de 3 kg. 750.

Suites opératoires : Normales.

Année 1927.

OBSERVATION VIII.

(Docteurs RIVIÈRE et DENIS.)

Césarienne basse pour bassin rétréci. — Cyphoscoliose d'origine pottique. — Extraction d'un enfant mort (le 20 janvier 1926).

Mme M., primipare. D. R. du 9 au 12 avril. Bassin P. S. P. = 10 1/4. Malgré un bassin juxtominoir on espérait un accouchement spontané avec peut-être application de forceps. L'enfant paraissait petit, on tente l'épreuve du travail.

La malade commence à avoir des douleurs le 18 au soir. Elles continuent toute la nuit suivante; le 19 au matin, perte des eaux; les douleurs continuent toute la journée du 19 et le soir le col est encore épais et entr'ouvert à 50 centimètres. Le 20 au matin les douleurs sont plus intenses; le col s'est peu modifié. Au début de l'après-midi du même jour, on constate pour la première fois des signes de souffrance fœtale. A l'examen, le col est à 2 traverses et donne l'impression de ne pouvoir être dilaté par manœuvres manuelles. La tête est amorcée mais ne progresse pas. Les bruits du cœur devenant intermittents on décide d'intervenir.

Opération : Rachianesthésie. Incision sus-ombilicale de 10 à 12 centimètres, décollement de la vessie, incision de la paroi utérine. On tombe sur la tête dont la partie supérieure s'est engagée. Extraction de la tête très difficile; ne peut être obtenue qu'au moment où, introduisant un doigt dans le vagin, un aide remonte la présentation. La manœuvre a duré quatre à cinq minutes. Extrait, l'enfant ne fait aucune inspiration mais son cœur bat. Malgré de longs efforts, il ne peut être ranimé. Délivrance manuelle, suture de l'utérus et de la paroi. Garçon de 2 kg. 700.

Suites opératoires : Bonnes.

OBSERVATION IX.

(Docteurs DENIS et RIVIÈRE.)

Césarienne basse pour bassin rétréci 12 heures après la rupture des membranes (le 23 janvier 1927).

M^{me} A..., 24 ans, primipare. D.R. du 24 au 27 avril. La malade, de petite taille, 1 m. 32, est porteuse d'un bassin rétréci dans toutes ses dimensions. La tête fœtale reste élevée et débordante jusqu'à la fin. Rupture des membranes dans la soirée du 22 janvier. La malade entre à la salle de travail le 23 vers 3 heures du matin. A ce moment, contractions régulières, dilatation de 2 francs et col épais. La tête est appliquée sur le D. S. et plonge légèrement, mais on sent les pariétaux qui chevauchent étroitement et on a l'impression que la tête ne passera pas. On attend jusqu'à 9 heures du matin. A ce moment, la situation étant inchangée, on décide d'intervenir.

Opération : Rachianesthésie; incision ombilico-pubienne; vessie réclinée en avant; décollement facile du péritoïne; incision du segment inférieur; extraction de l'enfant laborieuse. Il crie aussitôt. Délivrance normale. A ce moment l'utérus se relâche et il se produit une hémorragie assez abondante qui cède à des massages et une injection d'ergotine. Sutures habituelles. Fille de 2 kg. 810.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION X.

(Docteurs RIVIÈRE et MASSÉ.)

Césarienne basse pour bassin rétréci.

Décès maternel par hémorragie 6 heures après l'opération.
(le 17 mars 1927).

M^{me} D..., primipare de 25 ans. D.R. du 21 au 25 mai. Bassin P. S. P. = 10 3/4. La malade perd les eaux dans la matinée et commence à souffrir. A 17 heures la dilatation reste stationnaire à 2 francs; la tête toujours élevée; on décide d'intervenir. Après

échec de Rachi, on donne à la malade une anesthésie générale sous chloroforme. Incision médiane, découverte du segment inférieur, décollement péritonéal, extraction laborieuse de la tête. Pendant toute l'intervention on est gêné par une hémorragie venant du globe utérin, qui devient considérable après extraction du fœtus. Pendant l'intervention, on fait 500 cc. du sérum I. V. — le pouls reste petit. A 21 heures on assiste brusquement à des phénomènes de shock intense, frisson, collapsus. Toni-cardiaque et 800 cc. de sérum I. V. L'état ne s'améliore pas. Transfusion sanguine de 300 cc., mais la malade succombe quelques instants après. Garçon de 3 kg. 700.

OBSERVATION XI.

(Docteurs M. RIVIÈRE et DUFOUR.)

Césarienne basse pour bassin rétréci. — Absès de la paroi
(le 29 mars 1927).

M^{me} G..., 21 ans. D. R. du 21 au 25 mai.

Première grossesse : avortement de 3 mois, en 1926;

Deuxième grossesse actuelle.

A son entrée en salle, la malade a perdu les eaux dans la nuit du 28 mars au 29 mars; la tête déborde beaucoup la symphyse. B. du C. bons. A 11 h. 30, le 29 mars, la dilatation ne s'est pas modifiée depuis le matin 9 heures. Au toucher, la tête reste élevée, la tête n'ayant aucune tendance à s'engager et vu le rétrécissement du bassin on décide la césarienne. Elle est pratiquée le même jour à 2 h. 3/4.

Rachianesthésie. Ouverture du segment inférieur; la tête du fœtus est difficilement extraite; l'enfant est retiré en état de mort apparente avec un circulaire; il est facilement ranimé. On pratique la délivrance; le placenta est aisément décollé mais les membranes restent adhérentes et se déchirent; on est obligé de les retirer en plusieurs fois. Pendant tout ce temps la malade saigne assez abondamment; on fait de l'expression utérine et l'hémorragie s'arrête. On suture le segment inférieur et on referme la paroi. Difficulté

dé trouver le poulx après l'intervention. Injection sous-cutanée d'huile camphrée et de 400 cc. de sérum I. V. Fille, 3 kg. 490.

Suites opératoires : Absès de la paroi.

L'enfant a fait vers le huitième jour un phlegmon du cou.

OBSERVATION XII.

(Docteurs M. RIVIÈRE et DENIS.)

Césarienne basse pour bassin rétréci. Suites de couches fébriles.

— *Phlegmon du ligament large droit. — Colpotomie. — Décès maternel* (le 2 avril 1927).

M^{me} B..., 23 ans, primipare. Bassin P. S. P. = 10 1/2.

La malade entre en travail le 1^{er} avril. L'effacement se fait très lentement malgré des contractions énergiques et fréquentes. Dans l'après-midi du 2, le Docteur Rudeaux, de Macau, constate que la dilatation reste stationnaire aux environs de 2 francs, et que la présentation demeure très élevée; il fait appeler le docteur M. Rivière qui voit la malade vers 21 heures. L'utérus est alors en contraction presque permanente, la malade est très agitée et fébrile, l'œuf est ouvert depuis 5 heures environ. La dilatation est comprise entre 2 francs et 5 francs. On constate que la tête maintenue au D. S. est arrêtée par un promontoire distant de 10 cm. 5 du sous-pubis, le transfert de la malade à Bordeaux est décidé en vue d'une césarienne.

A l'arrivée à la clinique, la température est à 38°3.

Opération : Rachianesthésie. Incision sous-ombilicale, décollement du feuillet péritonéal vésico-utérin. Incision du segment inférieur, on tombe sur la tête dont on est obligé d'aller chercher la bouche qui est en arrière et à droite. Celle-ci est assez facilement ramenée en avant, mais extraction très difficile de la tête.

Suture de l'utérus puis du péritoine, mise en place d'un Mikulicz au-devant de l'utérus, suture en trois plans. Ablation du placenta et des membranes aussitôt après l'extraction du fœtus, à ce moment une hémorragie assez abondante se produit, arrêtée cependant facilement dès que l'utérus est vide. Garçon 3 kg. 250.

Suites opératoires : Fébriles; le 22^e jour, ascension brusque du

pouls à 145 et de la température à 39°8; cette température reste élevée les jours suivants. Phlegmon du ligament large droit; colpotomie le 27^e jour; décès le 30^e jour.

OBSERVATION XIII.

(Docteur M. RIVIÈRE et JONGHÈRE.)

Césarienne basse pour bassin rétréci.

Rupture prématurée des membranes (le 12 avril 1927).

M^{me} M..., 29 ans, primipare. D. R. du 23 au 30 juin.

La malade entre en salle le 11 avril à 9 heures du matin, ayant perdu les eaux, la dilatation est à 1 franc, mais la tête reste élevée au-dessus du D.S. Dans l'après-midi, les contractions utérines sont assez rapides et durent peu de temps, la dilatation est à 2 francs, le col est difficilement dilatable. Dans la nuit du 11 au 22 avril, à 23 heures, la dilatation n'a pas progressé, la tête appuyée sur le D.S., tend à plonger, mais les grands diamètres n'ont pas franchi le D.S. Les B. du C. sont bons, les contractions utérines reviennent à intervalles réguliers toutes les 4 ou 5 minutes mais durent peu.

Opération : La même nuit, à 1 heure du matin, anesthésie au chloroforme. Incision sous-ombilicale, relèvement du feuillet péritonéal, incision du segment inférieur, la tête est facilement extraite. Délivrance manuelle, hémorragie assez importante consécutive (injection d'ergotène et de secacornine). Suture de l'utérus dont le corps d'abord très mou revient lentement sur lui-même. Suture du péritoine et de la paroi en trois plans. Garçon 3 kg. 760.

Suites opératoires : Abscess de la paroi avec déhiscence de la paroi abdominale qui nécessite une suture secondaire.

OBSERVATION XIV.

Césarienne basse pour bassin rétréci avant l'épreuve du travail.

Congestion pulmonaire le 17^e jour (le 21 avril 1927).

M^{me} P..., primipare de 21 ans. D. R. du 2 au 6 juillet. Bassin : P. S. P. = 9 3/4.

La malade entre en salle de travail dans la nuit du 20 au 21 avril. Elle n'a pas perdu les eaux, le col est en voie d'effacement, la tête très haut située déborde la symphyse pubienne, elle est très mobile au-dessus du D. S., ne tendant aucunement à plonger. Le 21 avril à 10 h. 30 du matin les signes étant les mêmes et surtout la tête débordant considérablement, on décide la césarienne.

Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale, puis de l'utérus au niveau du segment inférieur; on tombe sur la tête qui est bloquée dans le segment inférieur. Extraction assez longue de la tête. L'enfant en état de mort apparente est assez vite ranimé. Délivrance aussitôt après, hémorragie importante consécutive. Injection de sécacornine et d'ergotine. Suture musculo-membraneuse du segment inférieur, puis péritonéale. A ce moment, l'utérus est assez volumineux, le corps étant rempli de sang. Suture de la peau en trois plans. Garçon de 2 kg. 990.

Suites opératoires : Congestion pulmonaire le 17^e jour.

OBSERVATION XV.

(Docteurs GAUTRET et MAGENDIE.)

Césarienne basse pour bassin rétréci, sans épreuve du travail
(le 4 janvier)

M^{me} R..., 20 ans, primipare. D. R. du 10 au 15 mars.

Entre le 4 janvier à 4 heures parce qu'elle a perdu les eaux dans la nuit et présente quelques contractions douloureuses. Utérus de développement moyen, la tête déborde nettement le D. S., col en voie d'effacement. En raison de la rupture prématurée des membranes et du fait qu'il s'agit d'un bassin généralement rétréci avec parties molles très peu étoffées et gros débordement de la tête, on décide de ne pas faire l'épreuve du travail et de pratiquer immédiatement la césarienne.

Opération : Rachianesthésie. Technique habituelle, le segment inférieur est bien développé, l'enfant est extrait assez vite. Assez

abondante hémorragie. Péritonisation classique. Garçon de 2 kg. 840.

Suites opératoires : Elévation de température due à la résorption sanguine.

OBSERVATION XVI.

(Docteurs GAUTRET et VILLAR.)

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail
(le 17 avril).

M^{me} P..., primipare de 19 ans. D. R. du 10 au 18 août. Bassin P. S. P. = 10 centimètres.

Entre à la clinique à 1 heure le 17 avril; la veille est entrée en travail à 17 heures. Contractions fortes et régulières. Hauteur utérine = 36 centimètres; tête élevée, débordant franchement la symphyse pubienne. B. du C. bons.

Au toucher, dilatation de 2 francs, poche d'eaux intacte. On tente l'épreuve du travail. Rupture artificielle des membranes à grande palmaire, le liquide est teinté de méconium. Les B. du C. sont irréguliers par intermittences. A 5 heures césarienne. Rachianesthésie, technique habituelle, liquide d'ascite dans le péritoine, tête fœtale extraite facilement, le placenta est aisément décollé, les membranes déchirées sont extraites par lambeaux. Sutures habituelles de l'utérus et des deux lambeaux péritonéaux en paletot. Garçon de 3 kg. 600.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XVII.

(Docteurs FAUGÈRE et VILLAR.)

Césarienne basse pour bassin rétréci sans épreuve du travail
(le 10 sept. 1928).

M^{me} C..., 23 ans, primipare. D. R. du 26 au 29 novembre. Bassin P. S. P. = 9 1/2.

L'état du bassin détermine à faire une opération césarienne sans épreuve du travail.

Opération à 9 h. 15. Rachianesthésie. A 9 h. 25, début de l'intervention. L'incision pariétale sus-pubienne découvre un péritoine descendant très bas, le segment inférieur est très court et oblige à prolonger légèrement l'incision sur le corps. Aspirateur. Extraction par le sommet d'un enfant de 2 kg. 660. On referme l'utérus après avoir fait la délivrance. Péritonisation faite sans fixation du péritoine à l'utérus.

Suites opératoires : Normales.

\\ OBSERVATION XVIII.

(Professeur ANDÉRODIAS et Docteur GAUTRET.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci sans épreuve du travail
(le 17 octobre 1928).*

Mme L..., 34 ans. Première grossesse en 1924, forceps laborieux, enfant mort;

Deuxième grossesse en 1926, césarienne basse prophylactique. Enfant vivant bien portant;

Troisième grossesse actuelle. D. R. du 24 au 28 décembre.

Grosse tête qui déborde largement, on décide également la césarienne d'emblée.

Opération : Rachianesthésie, technique habituelle. En incisant le segment inférieur, le bistouri fait une plaie du cuir chevelu de l'enfant (basse pariétale droite), 4 agrafes. Gros enfant de 4 kg. 600 qui crie aussitôt.

L'utérus ne se contracte pas, on doit faire 1 cc. de sécacornine. 4 fils d'argent, un drain est placé à la partie inférieure de la plaie.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XIX.

(Docteurs GAUTRET et VILLAR.)

Césarienne basse itérative pour défaut d'adaptation de la tête dans un bassin normal. — Rupture prématurée des membranes. — Opération 31 heures après le début du travail (le 3 décembre 1928).

Première grossesse, césarienne basse, en 1926.

Deuxième grossesse actuelle.

Entre en travail le 2 décembre à 2 heures. Rupture des membranes. Tête élevée en D. S. paraissant déborder légèrement; col en voie d'effacement. B. du C. normaux; quelques contractions. Le lendemain, à 14 heures, rien n'est changé, mais les contractions à partir de ce moment-là sont très régulières, sans qu'il y ait hypertonie. Le soir, à 10 heures, le col est encore épais, sans dilatation. Le lendemain, de 3 à 10 heures, bien qu'il y ait eu des contractions régulières pendant la nuit, on trouve peu de modification du côté du col : il est effacé, mais non dilaté. Bosse séro-sanguine. Bruits du cœur normaux. On décide de temporiser encore jusqu'à la fin de l'après-midi; à ce moment-là, la situation reste critique, le col s'œdématie, s'infiltré et ne se dilate toujours pas. On décide d'intervenir.

Opération à 21 heures : Rachianesthésie. Pas d'incidents notables, sauf une légère hémorragie par inertie utérine (2 cc. d'ergotine et l'écoulement s'arrête). La tête est extraite avec difficulté. L'enfant, de 3 kg. 040, naît étonné, mais crie rapidement.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XX.

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail. Congestion pulmonaire (le 20 décembre 1928).

Mme L..., 48 ans, primipare. D. R. du 24 au 27 mars. Bassin P. S. P. = 10 cm. 1/4.

Début du travail le 19 à 18 heures. Entre en salle à 21 heures.

Examen : Col effacé à 0 cm. 50. Poche des eaux intacte. B. du C. bons. La dilatation se fait dans la nuit : à 9 heures, le 20, les B. du C. sont irréguliers, la dilatation est à palmaire, la poche des eaux est volumineuse, on la rompt, le liquide s'écoule fortement teinté de méconium; les B. du C. sont irréguliers par intermittences, malgré les efforts de la malade; la tête semble plonger dans l'excavation, mais ne franchit par le D. S. On décide la césarienne.

Opération : Pas d'incident. Extraction de la tête facile; l'enfant crie aussitôt; 3 kg. 160.

Suites opératoires : Légère congestion pulmonaire.

Année 1929.

OBSERVATION XXI.

(Professeur ANDÉRODIAS et VILLAR.)

Césarienne basse pour bassin rétréci.

Abcès de la paroi. — Enfant mort-né (le 16 janvier).

Mme C..., 35 ans.

Première grossesse en 1925 : avortement de sept mois;

Deuxième grossesse en 1927 : enfant mort pendant le travail;

Troisième grossesse, actuelle. D. R., du 10 au 13 avril.

Entre à la salle de travail le 16, à 2 h. 30. Elle a perdu les eaux. Les contractions apparaissent peu de temps après et la dilatation se fait normalement; elle est complète à 8 h. 30. A ce moment, on constate que les bruits du cœur sont irréguliers. La malade pousse mais la tête reste au D. S., et, les B. du C. devenant de plus en plus irréguliers, on décide d'intervenir par voie haute.

Opération : Rachianesthésie. Pas de difficultés opératoires, l'extraction se fait facilement. L'examen de l'enfant montre que le cœur ne bat pas. On essaie cependant de le ranimer. Malgré tous les moyens employés, on n'y arrive pas. Enfant de 3 kg. 700.

Suites opératoires : Abcès de la paroi.

OBSERVATION XXII.

Césarienne basse pour bassin rétréci. — Lymphangite utérine
(le 1^{er} mars 1929).

Mme B..., 47 ans 1/2, primipare. D. R., du 28 mai au 1^{er} juin.
Bassin P. S. P. = 40. 1/2.

Entre à la salle de travail le 28 février, à 20 h. 30.

Examen : Col effacé, dilaté à 2 francs; tête non engagée; poche des eaux volumineuse très tendue, dos à gauche. Hauteur, 40 centimètres; utérus tendu dévié en totalité vers la droite.

Dans la nuit, contractions irrégulières, espacées; le lendemain matin 1^{er} mars, à 8 heures, elle est à petite palmaire; vers 11 heures, rupture spontanée de la poche des eaux, à la suite de laquelle le col revient à 2 francs. La tête n'a pas progressé depuis la veille, elle déborde toujours très légèrement au-dessus de la symphyse. B. du C. : bons. On décide la césarienne.

Opération : Rachianesthésie. Pas d'incidents opératoires. Enfant de 4 kilos.

Suites de couches : Lymphangite utérine.

OBSERVATION XXIII.

(Docteurs GAUTRET, VILLAR et BOUC.)

Césarienne basse pour bassin rétréci 30 heures après la rupture des membranes (le 7 mars 1929).

Mme X..., primipare de 22 ans, D. R. du 15 au 18 mai.

Perd les eaux chez elle, le 6 mars; les contractions apparaissent quelques heures après. La tête est élevée; les contractions restent régulières toute la nuit, et, le lendemain matin, la dilatation est, comme la veille, à 0,50. L'après-midi, les contractions sont énergiques et régulières, mais la tête est toujours élevée, la dilatation ne progresse pas et les B. du C. sont parfois irréguliers. Le Docteur Rivière, appelé, conseille l'envoi de la malade à la clinique. A son entrée, état stationnaire. On se décide à intervenir.

Opération : Rachianesthésie. Inertie utérine après la sortie de l'enfant. Une piqûre de 2 cc. 3 d'ergotine est nécessaire. Enfant de 4 kilos qui crie aussitôt. Le placenta est facilement décollé, mais le décollement, qui suit, des membranes, très adhérentes, est pénible.

Suites opératoires : Normales.

OBSÉRVATION XXIV.

(Docteurs GAUTRET et MAILLE.)

Césarienne basse avant le début du travail pour bassin chirurgical.

Mort par péritonite, le 8^e jour. — Enfant vivant (le 13 mars 1929).

Mme B..., 29 ans, primipare. D. R. du 17 au 20 juin. Bassin. P. S. P.=9 centimètres.

Le 12 mars, alors qu'elle est enceinte de huit mois, les contractions apparaissent. Comme l'enfant est petit, on essaie d'arrêter le travail et l'on prolonge la grossesse de quarante-huit heures. Le 13 mars, à midi, les contractions reprennent, le col est en voie d'effacement; l'œuf est intact. On décide d'intervenir par voie haute.

Opération : Echec de la rachianesthésie : anesthésie générale au chloroforme. Le segment inférieur est peu développé, on se trouve obligé d'empiéter sur le corps. Pas d'incident. Enfant petit, de 2 kg. 200, qui crie aussitôt.

Suites opératoires : Le soir de l'intervention, la malade accuse des douleurs au niveau de l'hypocondre droit. Le lendemain, météorisme et pouls rapide. Abscès de fixation. Au dixième jour l'état général s'aggrave. Gros œdème des membres inférieurs; ventre météorisé et douleurs à droite. Broncho-pneumonie et épanchement pleural. Mort le dix-huitième jour.

Nécropsie : Péritonite purulente avec adhérences; abcès de la fosse iliaque droite; perte de substance avec sphacèle sur une zone de 1 centimètre au niveau de l'hystérotomie.

OBSERVATION XXV.

Césarienne basse pour procidence du cordon et bassin rétréci.

Enfant vivant. — Abcès de la paroi (le 14 mars 1929).

Mme C..., 23 ans. D. R. du 2 au 7 mai.

Première grossesse à 19 ans : accouchement normal;

Deuxième grossesse, actuelle.

La malade est amenée dans le service pour césarienne à dilatation complète avec procidence du cordon. Tête très élevée. Le premier accouchement a été très laborieux. B. du C. : irréguliers mais bien frappés. Césarienne à minuit, le 14 mars. Echec de la rachianesthésie : chloroforme. Inertie utérine après la sortie du fœtus; hémorragie importante. Piqûre d'ergotine. La malade a ensuite le pouls rapide par suite de l'hémorragie. 1.000 grammes de sérum artificiel. L'enfant, de 3 kg. 240, crie aussitôt.

Suites de couches : Abcès de la paroi.

OBSERVATION XXVI.

(Docteurs GAUTRET et VILLAR.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail
(le 2 mai 1929).*

Mme M..., VII-pare, 34 ans. D. R. du 12 au 14 août.

Deux accouchements normaux mais prématurés d'enfants petits, dont un seul a survécu, entre deux avortements, puis deux accouchements dystociques : le premier d'un enfant de plus de 3 kilos (mort-né), échec de forceps, version, dystocie de la tête dernière; le deuxième, accouchement prématuré provoqué en 1928, dystocie du col, enfant mort.

Entre en travail, au début du neuvième mois. Tête en bas — liquide en quantité exagérée; tête non débordante. A son entrée, à 20 heures, tête très élevée, dilatation de 5 francs; rupture artificielle des membranes. La dilatation se complète, la tête s'applique sur le D. S. en asynclitisme postérieur exagéré, à 10 heu-

res, après une heure d'efforts expulsifs, la tête n'a aucune tendance à s'engager. Les B. du C. sont un peu assourdis.

Opération : Rachianesthésie. Utérus très fortement contracté et blanc. Délivrance un peu difficile. Points séparés sur la tranche du segment inférieur, puis surjet d'enfouissement. Péritonisation non en redingote; pas de drainage. Fille de 2 kg. 500.

Suites opératoires : Bonnes.

OBSERVATION XXVII.

Césarienne basse pour bassin rétréci. — Luxation congénitale de la hanche droite. — Rétention d'urine et phlébite gauche (le 6 mai 1929).

Mme B..., 29 ans, primipare. D. R. du 5 au 10 juillet. Bassin = P. S. P. à 10 1/2, faux promontoires.

La malade entre à la salle de travail le 6 mai à 5 h. 1/2. A ce moment, le col est en voie d'effacement; la tête non engagée débordé nettement au-dessus du pubis — les B. du C. sont bons. A 10 heures M. le Professeur Andérodias examine la malade et décide d'intervenir par voie haute dès que la dilatation sera commencée (2 francs environ). Le résultat est obtenu à 17 heures.

Opération à 20 h. 30 : Rachianesthésie -- pas d'incidents opératoires. Quelques heures après l'opération, la malade perd du sang en quantité assez abondante. On lui fait une piqûre de morphine à minuit, et à 2 h. 1/2 une piqûre d'ergotine à la suite de laquelle l'hémorragie s'arrête.

Suites opératoires : Rétention d'urine et phlébite gauche. Enfant de 3 kg. 400.

OBSERVATION XXVIII.

(Docteurs FAUGÈRE et MAILLE.)

Césarienne basse au début du travail pour bassin rétréci et présentation du siège (le 14 juin 1929).

Mme C..., 28 ans. D. R. du 30 août au 5 septembre, primipare. Arrive à la clinique le 13 juin à 19 heures, à terme. A son ar-

rivée, le col est en voie d'effacement; le fœtus semble de poids moyen, les douleurs ne sont pas très rapprochées. Poche des eaux intacte; B. du C., bons.

Opération : sans incidents. L'enfant crie aussitôt. 3 kg. 200.

Suites opératoires : bonnes.

OBSERVATION XXIX.

(Professeur ANDÉRODIAS.)

Césarienne basse pour bassin rétréci chirurgical (le 5 juillet 1929).

Mme G..., 18 ans, primipare. D. R. du 11 au 16 septembre. Bassin : P. S. P. = 10 centimètres. Faux promontoires. On décide de faire la césarienne avant tout début de travail. Le 4, dans la matinée, douleurs espacées et irrégulières; la nuit suivante, douleurs d'effacement; le 5 au matin, col effacé, ouvert comme 0 fr. 50. Poche des eaux intacte; tête débordante; B. du C., bons.

Opération à 10 h. 30 : Rachianesthésie. Technique habituelle; pas d'incident. Fœtus de 3 kg. 470.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION XXX.

(Professeur ANDÉRODIAS.)

Césarienne basse pour rétrécissement du bassin (le 8 juillet 1929).

Mme C..., 29 ans. Première grossesse à 21 ans, forceps au D. S. après dilatation manuelle, enfant vivant.

Deuxième grossesse à 23 ans, forceps au D. S. pour longueur du travail, enfant mort à 6 mois.

Troisième grossesse, actuelle. D. R. du 20 au 24 septembre.

Entre le 7 juillet à 19 heures, en travail depuis 5 heures, envoyée parce que la tête reste bloquée dans une fosse iliaque et que le liquide amniotique est fortement teinté de méconium. A 21 h. 30, la tête est maintenant arrêtée au niveau du D. S., mais les B. du C. sont mal frappés. A 10 heures, le 8 juillet, la tête est à nouveau dans la fosse iliaque gauche; les B. du C. sont

redévenus normaux; le col est ouvert comme 2 francs. On décide la césarienne.

Opérations : technique habituelle — pas d'incident — l'enfant crie aussitôt, fermeture sans drainage.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION XXXI.

(Docteurs GAUTRET et MAILLE.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci. — Phlébite double. —
Lymphangite utérine* (le 9 juillet 1929).

Mme T..., 32 ans.

Première grossesse en 1923, accouchement normal, enfant vivant;

Deuxième grossesse.

D. R. du 13 au 14 octobre.

Entre en travail le 9 dans la matinée — Elle a perdu les eaux la veille en ville. A 17 heures, on trouve au palper : tête débordante, défléchie, auscultation positive, fœtus paraissant de volume moyen. Au toucher : col en voie d'effacement, tête au-dessus du D. S. La tête n'a, dans la suite, aucune tendance à s'engager. Dans ces conditions, les membranes étant rompues depuis plus de 24 heures, on ne prolonge pas l'épreuve du travail et on fait une césarienne basse sous rachianesthésie.

Opération : Pas d'incidents. Technique habituelle. Enfant de 2 kg. 800.

Suites opératoires : Lymphangite utérine. Phlébite double.

OBSERVATION XXXII.

Césarienne basse pour kyste de l'ovaire prævia. — Septicémie suraiguë. — Décès quarante-huit heures après l'intervention. — Enfant vivant (le 14 août 1929).

Mme M..., 20 ans, I-pare.

Est amenée à la salle de travail par le Docteur Guilhermet, de

Cenon, le 14 août à 14 heures, pour un engagement de la tête et tumeur prævia. La malade était entrée en travail la veille. Rupture de la poche des eaux à 22 heures; liquide fortement teinté de méconium.

A son arrivée à l'hôpital, c'est-à-dire six heures après la rupture de la poche des eaux, la malade a un pouls à 120; sa température est 38°7. L'examen montre un ventre normal. B. du C. bons. Le toucher révèle une dilatation complète; la tête n'est pas engagée, on sent à bout de doigt une fontanelle derrière la symphyse; derrière la tête, on perçoit une tumeur aussi grosse qu'elle, dont rien ne la sépare; la paroi postérieure du vagin se continue sans ressauts, sans la moindre impression de col avec le cul-de-sac postérieur, puis la face postérieure de l'utérus; la tumeur est dure; pas de sensation de fluctuation ni de renitence; le toucher rectal situe la tumeur dans le Douglas. Bref, par le toucher à ce moment, l'excavation est remplie moitié par la tête, moitié par la tumeur; on décide la césarienne.

Opération : Rachianesthésie. Comme on n'a pu cathétériser à cause de la position de la tête derrière la symphyse, la vessie gêne et l'incision utérine remonte un peu sur le corps. Extraction facile de l'enfant, qui crie aussitôt. Suture de l'utérus difficile : l'organe est d'une friabilité excessive et saigne à chaque point; on dégage du Douglas un kyste de l'ovaire droit pédiculé. Amputation facile, mais péritonisation délicate et difficile. Fermeture de la paroi normale.

Suites opératoires : Dans la soirée du 14, la température de la malade monte avec son pouls. Facies grippé; on pense à une septicémie. Le 15, l'état empire. Température, 40 degrés; pouls, 160. La malade meurt le 16 à 13 heures.

Nécropsie : Confirme le diagnostic de septicémie.

OBSERVATION XXXIII.

(Docteurs GAUTRET et VILLAR.)

Césarienne basse pour bassin rétréci et albuminurie
(le 28 août 1925).

Mme J..., 28 ans. D. R. du 17 au 22 novembre.

Grossesse en 1928 : grosse albuminurie; forceps pénible après dilatation manuelle; enfant décédé vingt-quatre heures après.

Deuxième grossesse, actuelle.

Albuminurie pendant toute la durée de la deuxième grossesse. Régime lacto-végétarien. Césarienne basse avant tout début de travail. Technique habituelle. Enfant de 3 kg. 560.

Suites opératoires : bonnes.

OBSERVATION XXXIV.

(Professeur PÉRY.)

Césarienne basse après épreuve du travail. — Absès de la paroi. —
Enfant décédé le 6 octobre (le 2 septembre 1929).

Mme X..., 31 ans, primipare. D. R. du 4 au 10 novembre. Bassin P. S. P. = 40 1/2. Deux faux promontoires.

Entre à la salle de travail le 2 septembre à 4 h. 30. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète; liquide amniotique teinté de méconium; la tête ne s'engage pas. On décide de pratiquer une césarienne.

Opération : Rachianesthésie. Pas d'incidents. Fille de 3 kg. 225.

Suites opératoires : Absès de la paroi.

OBSERVATION XXXV.

(Docteurs GAUTRET et VILLAR.)

Césarienne basse itérative pour bassin rétréci (le 6 septembre 1925).

Mme D..., 28 ans. D. R. du 25 novembre au 3 décembre.

Première grossesse en avril 1926. Césarienne. Fille vivante bien portante.

Deuxième grossesse, actuelle.

Tête volumineuse et débordante. On fait la césarienne au début du travail, la tête n'ayant aucune tendance à l'engagement. Membranes intactes. Technique habituelle. Rachianesthésie. Garçon de 4 kilos.

Suites opératoires : Bonnes.

OBSERVATION XXXVI.

(Docteurs GAUTRET et MAILLE.)

Césarienne basse pour bassin rétréci (le 18 septembre 1929).

Mme J..., 25 ans. D. R. du 28 novembre au 2 décembre.

Première grossesse en 1928. Hémorragie rétroplacentaire. Enfant mort.

Deuxième grossesse, actuelle.

Entre en travail dans la nuit du 17 au 18; la tête reste élevée, débordante. Les B. du C. deviennent sourds et irréguliers vers 15 heures; pas de tendance à l'engagement.

Opération : Rachianesthésie. Pas d'incidents. Beaucoup de méconium. L'enfant est ranimé en cinq minutes après aspiration des mucosités. Fille de 2 kg. 840.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XXXVII.

(Docteurs FAUGÈRE et GAUTRET.)

Césarienne basse pour cardiopathie, à huit mois de grossesse
(le 14 octobre 1929).

Mme R..., 43 ans, XV-pare. 13 accouchements à terme; 1 avortement; 5 enfants vivants bien portants; quinzième grossesse actuelle.

La malade présente une insuffisance du cœur droit, qui paraît dater d'il y a dix-sept ans (à la suite d'un accouchement).

Actuellement, très dyspnéique; œdème des jambes; bruits du cœur assourdis et double souffle. Râles sibilants et sous-crépitants

à l'auscultation du poumon droit. Le 14 octobre, le pouls tendant à devenir arythmique avec augmentation de l'œdème des membres inférieurs et oligurie, on décide d'intervenir et d'interrompre la gestation.

Rachianesthésie à 10 h. 40. L'anesthésie est parfaite; on introduit l'index dans le col, rupture artificielle des membranes, mais l'orifice interne est très résistant, et vingt-cinq minutes après la situation est la même avec impossibilité absolue de faire pénétrer le médius dans le col. Le Professeur Faugère constate à ce moment que l'orifice interne ne se laissera pas dilater et décide d'évacuer l'utérus par voie haute.

Opération : On fait une seconde rachianesthésie. Extraction de la tête laborieuse; l'enfant crie aussitôt; 3 kg. 100.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XXXVIII.

(Docteurs GAUTRET et VILLAR.)

Césarienne basse itérative pour bassin rétréci. quinze heures après rupture des membranes et au début du travail (le 28 octobre 1929).

Mme L..., 25 ans. D. R. du 24 au 25 janvier.

Première grossesse en 1928 : césarienne basse pour bassin rétréci et procidence du cordon. Enfant mort vingt-quatre heures après.

Deuxième grossesse, actuelle.

Le 27 octobre 1929, la malade accuse des douleurs lombaires; elle perd les eaux à 20 h. 30. Le lendemain, à 11 heures, la tête déborde franchement le D. S.; pas de tendance à l'engagement; on décide d'intervenir par voie haute.

Opération : Pas d'incidents. L'enfant crie aussitôt. 3 kg. 225. Petit drain sus-pubien, qui est enlevé quarante-huit heures après.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XXXIX.

(Docteurs GAUTRET et MAILLE.)

Césarienne basse après épreuve du travail pour bassin rétréci
(le 24 décembre 1929).

Mme M., 31 ans, III-pare. O. R. du 14 au 19 mars. Bassin un faux promontoire à 10,5.

Première grossesse en 1928 : Avortement de 1 mois 1/2.

Deuxième grossesse : Basiotripsie après échec de forceps.

Entre en salle le 22 décembre à 16 heures. Début du travail le 23 dans la soirée. La dilatation commence à minuit, le 24. A 0 h. 30, on fait de la spasmalgine à la malade pour douleurs subintrantes; à 2 h. 30, la dilatation est complète, la poche des eaux vient de se rompre, les B. du C. deviennent lents. Au toucher, la tête est fortement *asynclitique* en O. I. G. T. avec gros chevauchement et ne s'engage pas; à 3 h. 30, le chef de clinique trouve la tête dans la même position — on décide d'intervenir.

Opération : Chloroforme après échec de rachianesthésie. Technique habituelle. La tête est difficilement extraite. Enfant en état de mort apparente; crie au bout de quelques instants après aspiration des mucosités; 3 kg. 150.

Suites opératoires : Normales.

Année 1930.

OBSERVATION XL.

(Docteurs GAUTRET et MAHON.)

Césarienne basse pour bassin rétréci. — Epreuve du travail
(le 19 février 1930).

Mme M., 27 ans, I-pare. D. R. du 15 au 18 avril. Bassin P. S. P. = 10 3/4.

Entre à la clinique le 19 février à 0 h. 30. Tête au-dessus du D. S.; B. du C. positifs, col perméable et membranes intactes. Les

contractions sont régulières et à 13 heures, la dilatation est à 4 franc, rupture spontanée des membranes, le liquide est teinté de méconium; à 16 heures on constate que le méconium s'écoule en grande abondance, la tête ne progresse pas et la dilatation est stationnaire.

Opération à 16 h. 15 : Rachianesthésie. Technique habituelle, extraction facile de la tête; l'enfant, qui est absolument couvert de méconium, crie presque aussitôt.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLI.

(Docteurs GAUTRET et MAHON.)

Césarienne basse après épreuve du travail pour bassin rétréci. —

Mikulicz pour hémorragie persistante au niveau de la suture du segment inférieur (le 5 mars 1930).

Mme Y..., III-pare, 32 ans. D. R. du 4 au 8 juin. Bassin P. S. P.=10 centimètres.

Première grossesse en 1925. Forceps. — Enfant né à terme, décédé.

Deuxième grossesse en 1928. Accouchement normal d'un garçon (1 kg. 700).

Le 4 mars à 23 heures, rupture prématurée des membranes; le 5 mars à 21 h. 30, la dilatation reste stationnaire à 2 francs avec contractions douloureuses très accusées, la tête déborde la symphyse pubienne. B. du C. bons. On décide de terminer par une césarienne.

Opération : Rachianesthésie. Incision faite sur la ligne médiane du segment inférieur, la bouche est accessible à gauche mais la rotation s'effectue difficilement; on agrandit alors l'incision sur la partie inférieure du corps.

Malgré cela, l'extraction de la tête aidée d'expression utérine est pénible; l'enfant est ranimé au bout de 5 minutes par aspiration des mucosités; la tranche utérine saigne plus que normalement; suture par points séparés, mais au niveau des points les plus inférieurs

la suture est très difficile; en outre, alors que la tranche utérine ne saigne plus, les derniers coups d'aiguille provoquent une hémorragie en nappe qui ne peut être complètement arrêtée malgré plusieurs ligatures. On laisse deux pinces à demeure et on renonce à la péritonisation, on applique un Mikulicz. Enfant de 2 kg. 600.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLII.

(Docteurs GAUTRET et MAHON.)

Césarienne basse itérative pour bassin rétréci (le 22 mars 1930).

Mme C..., 25 ans. D. R. du 10 au 14 juin 1929. Bassin P. S. P. = 10 1/4.

Première grossesse à 23 ans. Césarienne.

Le travail a débuté le 21 mars au soir; le 22, à 10 heures, le col est ouvert comme 0 fr. 50, la tête débord franchement le D. S.; on estime que l'accouchement ne pourra se terminer par les voies naturelles.

Opération : Le segment inférieur est mince, bien constitué. La cicatrice de la 1^{re} incision est visible, la vessie est complètement déplacée latéralement et à droite, retenue par des adhérences pariétales et épiploïques qu'on sectionne. Le péritoine utérin se décolle difficilement.

Extraction facile de la tête, l'enfant crie aussitôt. Délivrance marquée par des adhérences des membranes, qui sont décollées avec difficulté. Sutures habituelles, mais péritonisation laborieuse. Garçon de 2 kg. 960.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLIII.

(Professeur ANDÉRODIAS et VILLAR.)

Césarienne basse pour placenta prævia (le 25 mars 1930).

Mme D..., 24 ans, II-pare. D. R. du 20 au 25 juin.

Première grossesse à 22 ans. Accouchement normal prématuré à 8 mois; enfant vivant bien portant.

Une première hémorragie de sang rouge, fin février, légère, se renouvelant plusieurs fois en huit jours; repos au lit.

Une deuxième hémorragie quinze jours après. Au lit; expulsion de caillots.

Une troisième hémorragie se déclare le 24 mars, abondante, le médecin envoie la malade à la clinique.

L'hémorragie étant arrêtée, on sursoit jusqu'au lendemain. Le 25 mars le doigt introduit par l'orifice du col arrive sur un cotylédon et détermine une hémorragie latente et persistante.

Césarienne d'urgence sous rachianesthésie. Garçon de 3 kg. 900. Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLIV.

(Professeur ANDÉRODIAS.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci au début du travail
(le 5 mai 1930).*

Mme M..., 21 ans, II-pare. D. R. du 3 au 6 août.

Première grossesse en 1929, avortement de 5 mois.

Début du travail le 5 mai à 7 heures, poche des eaux intacte; on a l'impression que la tête ne pourra franchir le D. S. On décide d'intervenir par voie haute.

Césarienne sans incidents. Enfant de 2 kg. 950.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLV.

(Docteurs GAUTRET et MAHON.)

*Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail
(le 29 mai 1930).*

Mme B..., 22 ans, I-pare. D. R. du 7 au 14 août. Bassin P. S. P. = 10 centimètres.

Début du travail le 28 mai à 18 heures. Le 29 mai à 10 heures, la tête est restée au D. S., la dilatation est à grande palmaire (la poche des eaux ayant été rompue à 8 heures), on décide d'intervenir par voie haute.

Opération : Rachianesthésie. Technique habituelle. Garçon de 2 kg. 750.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLVI.

(Docteurs GAUTRET et MAHON.)

Césarienne basse après épreuve du travail pour bassin rétréci.

Abcès de la paroi. — Abcès des deux seins (le 4 juin 1930.)

Mme E..., 1-pare de 25 ans. D. R. du 25 au 30 août. Bassin P. S. P. = 10,5.

Entre à la clinique le 3 juin à 3 heures, à terme, après grossesse normale. A 9 heures, on constate que la malade perd un peu de sang, la poche d'eaux s'est rompue la nuit précédente.

La présentation est élevée, difficilement atteinte, c'est une tête; le col est ouvert comme 0 fr. 50. Contractions irrégulières le 3 et le 4. Deux piqûres de spasmalgine le 4 au matin; la dilatation est à 2 francs à 22 heures; elle est stationnaire malgré une bosse séro-sanguine volumineuse qui appuie sur le col, la tête reste au D. S. Début d'infiltration du col; on décide d'intervenir.

Opération : Rachianesthésie. Incision du segment inférieur gênée par la vessie qui n'a pu être évacuée entièrement. Le placenta est en avant. Dégagement laborieux de la tête, l'enfant est rapidement ranimé. Garçon de 3 kg. 150.

Suites opératoires : Abcès des deux seins et abcès de la paroi. Suture secondaire de la plaie de césarienne le 2 juillet.

OBSERVATION XLVII.

(Docteurs GAUTRET et MAHON.)

Césarienne basse pour bassin rétréci après échecs de forceps avant

l'entrée de la malade. Décès par péritonite 40 heures après.

Enfant mort 36 heures après (fracture du crâne) (le 8 juin 1930).

Mme L..., primipare de 28 ans. D. R. du 26 au 28 août.

Entre dans le service le 8 juin envoyée par deux médecins de la campagne. Le travail a commencé le 6 juin dans la soirée, les membranes se sont rompues à ce moment. Au matin du 8, plu-

sieurs tentatives d'applications de forceps ont été tentées sans résultat. A 11 h. 30, on trouve un utérus mesurant 36 centimètres, sur la ligne médiane, le segment inférieur forme une voussure très nette avec encoche au niveau du bord gauche. A la palpation, la tête est facilement perçue à travers le segment inférieur aminci, elle déborde la symphyse; les B. du C. sont bien frappés. Au toucher, dilatation presque complète, il y a une volumineuse bosse séro-sanguine qui masque les sutures et plonge dans l'excavation. A 15 heures, césarienne basse sous rachianesthésie. Température, 38°4. Le segment inférieur est très cedématié. A l'incision du segment inférieur, un liquide verdâtre s'écoule rapidement aspiré par l'aspirateur. Dégagement de la tête laborieux, l'enfant est ranimé en dix minutes et crie bien. Sutures habituelles et péritonisation en redingote. L'enfant (3 kg. 630) est porteur de lésions craniennes dues au forceps, l'œil droit est très tuméfié, on voit l'emplacement d'une branche sur la nuque et au niveau d'une bosse pariétale une esquille osseuse est perçue. Il meurt trente-six heures après (l'autopsie montre une fracture du pariétal en étoile).

Suites opératoires : Une heure après l'intervention la malade présente un frisson intense. Température, 40 degrés, pouls incomptable. Huile camphrée, sérum, abcès de fixation. Amélioration légère le lendemain de l'observation, mais le 9 au soir, l'état s'aggrave de nouveau. Le 10^e au matin, on porte la malade sur la salle d'opération. La paroi est putrilagineuse, on enlève le surjet aponévrotique et on se borne à ponctionner le péritoine sans ramener de pus. Décès deux heures après.

OBSERVATION XLVIII.

(Professeur ANDÉRODIAS et MAILLE.)

Césarienne basse pour bassin rétréci au début du travail
(le 23 juillet 1930).

Mme M..., 19 ans, primipare. Bassin P. S. P.=10 centimètres.
D. R. du 5 au 13 octobre.

L'Huillier.

Entre en salle le 23 juillet à 4 heures. Poche des eaux intacte. La tête reste au-dessus du détroit supérieur et débordante; on n'entrevoit pas la possibilité d'un accouchement normal.

A 11 heures, césarienne basse. Technique habituelle. Sans incidents.

Garçon de 3 kg. 250.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION XLIX.

(Docteurs GAUTRET et TRAISSAC.)

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail.
Éventration (le 28 juillet).

Mme R..., IV-pare de 32 ans. Bassin : Un faux promontoire à 9 cm. 5.

Première grossesse : Basiotripsie.

Deuxième grossesse : césarienne corporéale (3 kg. 540).

Troisième grossesse : Accouchement normal (3 kg. 500).

Quatrième grossesse : Actuelle.

Début du travail dans la nuit du 27 au 28. Rupture spontanée des membranes chez elle. Entre le 28 à 7 heures : dilatation de 2 francs; tête élevée. B. du C. bons.

A 10 h. 30, dilatation de 5 francs; contractions à type un peu hypertonique. à 11 heures, le Professeur Andérodias décide la césarienne.

Opération : La cicatrice abdominale est scléreuse, mince à sa partie supérieure. Technique habituelle. Pas d'incidents. Enfant de 3 kg. 740.

Suites opératoires : Absès de la paroi; éventration.

OBSERVATION L.

(Docteurs GAUTRET et TRAISSAC.)

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail.

Enfant décédé de gastro-entérite aiguë (le 28 juillet 1930).

Mme J..., primipare de 21 ans. D. R. du 23 au 28 octobre. Bassin P. S. P.=10 cm. 1/4. Entre à la salle de travail le 28

à 10 h. 30. Dilatation de 5 francs. Tête très élevée et débordante. B. du C. bons. On décide d'interrompre l'épreuve du travail en raison du défaut de progression de la tête.

Opération : Technique habituelle. Sans incidents. Garçon de 3 kg. 160.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION LI.

(Docteurs GAUTRET et LABAT.)

Césarienne basse pour bassin rétréci et présentation du siège pendant le travail (le 8 août 1930).

Mme M., II-pare de 22 ans. D. R. du 20 au 23 octobre.

Première grossesse en 1928. Deux applications de forceps. Enfant mort.

La malade a une présentation du siège décomplété irréductible. On pratique la césarienne basse au début du travail. Pas d'incidents.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION LII.

(Professeur PÉRY et GAUTRET.)

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail. Absès de la paroi. Décédée d'embolie pulmonaire (le 1^{er} septembre 1930).

Mme X..., II-pare. Première grossesse en Espagne. Accouchement d'un enfant mort et macéré.

Deuxième grossesse : Actuelle.

Entre à la salle de travail le 1^{er} septembre à 1 heure, à la dilatation de 2 francs; la tête est élevée, la poche des eaux est intacte. B. du C. bons.

A 9 h. 30, rupture artificielle des membranes à dilatation complète; légère hypertonie (1 cc. de morphine). A 11 heures, la tête est restée au-dessous du D. S.; on décide d'intervenir.

Opération : Rachianesthésie. Technique habituelle sans incidents opératoires. Fille de 3 kg. 400.

Suites opératoires : Absès de la paroi. La malade meurt d'embolie pulmonaire massive le quatorzième jour.

OBSERVATION LIII.

(Docteurs GAUTRET et TRAISSAC.)

Césarienne basse itérative au début du travail pour bassin rétréci
(le 18 septembre 1930).

Mme G..., 49 ans, II-pare. D. R. du 24 au 27 novembre. Bassin P. S. P. = 10 cm. 5; faux promontoires sacrés.

Première grossesse en 1929; Césarienne basse; garçon vivant bien portant.

Deuxième grossesse, actuelle.

Début du travail le 18 septembre à 8 h. 30; à 10 heures, la tête restée très débordante; le Professeur Péry décide la césarienne basse.

Opération : Echec de rachianesthésie. Anesthésie à l'éther. Adhérences pariétales multiples, extraction fœtale et délivrance sans incidents; légère hémorragie rapidement arrêtée par suture du segment inférieur et hypophyse (1 cc.). Garçon de 3 kg. 040.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION LIV.

(Docteurs GAUTRET et LABAT.)

Césarienne basse pour bassin rétréci au cours du travail
(le 25 septembre 1930).

Mme L..., I-pare, 25 ans. D. R. du 15 au 18 décembre 1929.

Entre à la clinique le 25 septembre, envoyée par son médecin parce que la tête est restée très élevée à la fin de la grossesse. Après cinq heures de travail, on trouve un utérus tendu avec tête élevée. B. du C. irréguliers; la malade perd les eaux teintées

de méconium. La dilatation est stationnaire à 0 fr. 50. Après une heure d'observation, situation inchangée; on décide de terminer par voie haute.

Opération : Echec de rachianesthésie. Anesthésie à l'éther. Technique habituelle; hémorragie importante après la délivrance, qui, malgré des sutures rapides, continue sous forme d'hémorragie interne. L'utérus est très volumineux et mou, il se contracte mal malgré des massages et 1 cc. d'ergotine. On fait ensuite de l'hypophyse à la fin de l'intervention; l'utérus paraît alors bien se contracter. Garçon de 2 kg. 750.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION LV.

(Docteurs GAUTRET et LABAT.)

Césarienne basse pour placenta prævia. — Phlébite des suites de couche. — Enfant mort le troisième jour (ictère et melaena) (le 1^{er} octobre 1930).

Mme C..., multipare, 29 ans. D. R. du 10 au 14 janvier. Deux grossesses normales. Accouchements normaux et enfants vivants bien portants. Troisième grossesse actuelle.

Première petite hémorragie le 15 septembre, la nuit; deuxième petite hémorragie le 28 septembre. La malade entre à l'hôpital à la suite de cette seconde perte de sang; le 1^{er} octobre, à 18 h. 30, la malade présente soudainement dans son lit une forte hémorragie. Pâleur très marquée, pouls filant. Col à bords épais, orifice interne entièrement recouvert par des cotylédons placentaires. L'excavation est vide; B. du C. bons.

Opération à 19 h. 15 : césarienne. Rachianesthésie complète au chloroforme. Le segment inférieur est parcouru par une grosse veine; l'incision s'accompagne d'une hémorragie assez importante rapidement arrêtée par l'aspirateur. Le placenta recouvre tout le segment inférieur; on passe à travers lui pour aller à la recherche d'un pied. Extraction facile du fœtus, qui crie au bout de cinq minutes. Sutures habituelles. Fille de 3 kg. 250.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION LVI.

(Docteurs GAUTRET et LABAT.)

Césarienne basse au cours du travail pour bassin rétréci
(le 16 octobre 1930).

Mme de S..., II-pare, 25 ans. D. R. du 27 au 30 décembre.
Bassin P. S. P. = 9,5.

Premier accouchement en 1927 : Césarienne corporéale au Brésil pour bassin rétréci.

Entre en travail le 16 octobre à 7 heures; membranes rompues le même jour à 1 heure du matin. Dans la matinée, le col est en voie d'effacement, les contractions régulières, la tête semble s'amorcer; à 16 heures, la dilatation est à 2 francs, la tête reste fixée au D. S.; à 19 heures, malgré des contractions fortes, la dilatation fait peu de progrès et la tête n'a aucune tendance à l'engagement; dans ces conditions, on décide de terminer par une césarienne.

Opération : Echec de la rachianesthésie. Anesthésie à l'éther. Excision de la cicatrice cutanée; à l'ouverture du ventre on voit l'utérus entièrement tordu sur son axe se présentant sur son bord gauche; deux épaisses adhérences retiennent la face antérieure de l'utérus au péritoine pariétal au voisinage de l'ombilic. Après leur section et ligature, on ouvre le segment inférieur. Dégagement facile de la tête. Pas d'accidents opératoires. Garçon de 3 kg. 100.

Suites opératoires : Normales.

OBSERVATION LVII.

(Docteurs GAUTRET et TRAISSAC.)

Césarienne basse itérative pour bassin rétréci au cours du travail
(le 17 octobre 1930).

Mme P..., II-pare de 19 ans. D. R. du 25 au 29 décembre.
Bassin P. S. P. = 10,5.

Premier accouchement en 1929. Césarienne basse pour bassin rétréci.

Entre à la clinique le 25 septembre. Vaginite granuleuse et toucher très douloureux. Début de travail le 17 octobre vers 1 heure du matin; rupture des membranes à ce moment. A 10 heures, dilatation de 2 francs, la tête débordante, B. du C. bons. A 12 heures, on décide, devant le défaut de progression de la tête, d'intervenir par voie haute.

Opération : Rachianesthésie. Excision de la cicatrice cutanée. Après incision du péritoine décollable, on constate que la vessie est adhérente au segment inférieur, on la décolle sans grandes difficultés. La cicatrice de l'incision du segment inférieur est visible. Pas d'incidents opératoires. Sutures habituelles. Enfant de 3 kg. 800.

Suites opératoires : Normales.

CONCLUSIONS

I. — Du 1^{er} janvier 1926 au 1^{er} novembre 1930, l'opération césarienne basse a été pratiquée 57 fois à la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux sur un total de 4.443 accouchements.

22 césariennes hautes ont été pratiquées pendant le même laps de temps.

Les 57 césariennes basses ont été suivies de 6 morts de mère (5 par infection et 1 par hémorragie — opérations pratiquée sous anesthésie générale —) et de 6 morts d'enfant, soit une mortalité maternelle et fœtale de 10,5 p. 100.

Les 22 césariennes hautes ont entraîné la mort de la mère 4 fois, soit dans 18,8 p. 100 des cas.

L'emploi systématique de la rachianesthésie doit arriver à supprimer la mort par hémorragie dans la césarienne.

La mortalité par infection doit être considérablement réduite si l'on n'étend pas les indications de la césarienne basse conservatrice aux cas franchement infectés, pour lesquels il faut savoir encore pratiquer des interventions mutilatrices.

II. — Sur les 57 césariennes basses pratiquées :

6 étaient des opérations itératives;

45 reconnaissaient comme seule indication une viciation pelvienne;

5 une viciation pelvienne associée à un autre élément dystocique;

7 ont été exécutées dans des bassins normaux pour des raisons diverses dont 2 pour placenta prævia.

Si la césarienne basse conserve comme indication majeure le rétrécissement du bassin, elle est appliquée de plus en plus fréquemment comme thérapeutique des éléments dystociques qui surviennent au cours du travail.

III. — Sur les 4.443 accouchements de notre statistique, 185 concernaient des bassins ~~plus~~ ou moins rétrécis dont le promonto-sous-pubien était égal ou inférieur à 10 cm. 75.

Sur ces 185 accouchements dans des bassins rétrécis :

26 césariennes prophylactiques (18 hautes et 8 basses)
ont été pratiquées sans épreuve de travail;

91 fois le bassin a été soumis à l'épreuve du travail.

La sanction de ces 91 épreuves du travail a été :

dans 42 cas (46,4 p. 100), la césarienne basse;

dans 49 cas (53,8 p. 100, l'engagement de la tête avec
27 accouchements spontanés et 22 applications de
forceps dans l'excavation.

La possibilité de ne pratiquer une césarienne basse qu'après une épreuve du travail qui l'indique formellement nous paraît être l'avantage essentiel qu'il faille mettre à l'actif de cette opération.

3

Vu : *Le Doyen.*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président.

J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER .

Bordeaux, le 17 mars 1931,

Pour le Recteur de l'Académie,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

G. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE.

- ANDÉRODIAS. — *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 15 avr. 1928. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, 1926.
- ALVAREZ RICARDO. — Thèse Paris, 1929.
- APPLEGATE. — *Ann. journ. of obst.*, août 1919.
- AUBERT. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mars 1921, août 1924.
- AUDEBERT et FOURNIER. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1923.
- BALARD. — *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, avr. 1928, déc. 1930.
- BALARD et MAHON. — *Marseille médical*, 5 août 1928.
- BAR. — *Gyn. et obst.*, 1924, p. 543; 1925.
- BAUMM. — *Monat für geburt und gyn.*, 1923.
- BERCOVICI. — Thèse Paris, 1927.
- BEUTTNER. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1923. — *Gyn. et obst.*, 1924, page 507.
- BRANDT. — *Zeitschrift für gyn.* 1923-24.
- BRINDEAU. — *Presse méd.*, 10 mars 1926.
- BRINDEAU et CANONNE. — *Journ. méd. franç.*, janv. 1930.
- BURGER. — *Strasbourg médical*, 1926, p. 335; 1929, p. 150.
- BUSSALA. — *Zentralblatt für gyn.*, 1927.
- CATHALA. — *Presse méd.*, 10 mars 1926.
- CHAPULLIOT. — Thèse Alger, 1927.
- CORREIA DA COSTA. — *Revista de gyn. et d'obstétrica de Bresil*, 1925.
- COUVELAIRE. — *Soc. d'obst. et de gyn.*, nov. 1925.
- DELRIEU. — Thèse Lyon, 1911.
- DE PORENTA. — *Annali di obstetrico*, 1924.
- DESIOUBRY. — Thèse Paris, 1925.

- DOBROSCHKE. — Thèse Breslau, 1913
- DUJOL. — *Bull. de la Soc. d'ost. et de gyn.*, 1924.
- ENGELHARD. — Thèse Paris, 1926.
- GARFAMI. — *Rev. franc. de gyn. et d'ost.*, janv. 1923.
- GARIPUY. — *Soc. d'obst. de Toulouse*, mai 1922.
- GREENHILL. — *Ann. journ. of obst. and gyn.*, janv. 1923.
- GROMADZKI. — *Gin Poloka. Varsovie*, 1927.
- GROSSE. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mai 1927. — *la Science méd. pratique*, 13 nov. 1929.
- GROSSE ET LEROUX. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mars 1927.
- GUENIOT. — *Bull. méd.*, 17 mai 1930.
- HAGGSTROM. — *Acta gynecologica scandinav.*, 1926.
- HARRIS et BROWN. — *Am. Journ. of obst. and gyn.*, 1927.
- HAUCH. — *Rev. franc. de gyn. et d'obst.*, mars 1923.
- HENRICIUS. — *Arch. mensuelles d'obst. et gyn.*, 1912.
- HENRIOT. — Thèse Paris, 1927.
- HENROTAY. — *Gyn. et obst.*, 1931, p. 336.
- HOLLAND. — *British Med. Journ.*, 21 juin 1924.
- JEANNIN. — *Rev. générale d'obst.*, 1909.
- KLEIN. — Thèse Paris, 1912
- KOUWER. — *Gyn. et obst.*, 1921, p. 508.
- KRAUSE. — *Am. Journ. of obst. and gyn.*, 1923.
- KUSTNER. — *Monats für geburt und gyn.*, 1928-29.
- LAFFONT-HOUEL-JAHIER. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, mars 1927.
- LEE (J.-B. de). — *Journ. of the Am. med. Ass.*, 14 mars 1925.
- LEQUEUX. — *Gyn. et obst.*, 1921, p. 526.
- MAGOS. — *Bruxelles médical*, 1^{er} déc. 1929.
- MAHON. — Thèse Bordeaux, 1930.
- MARASSI. — Thèse Paris, 1925.
- MARTIN. — *Monats für geburt und gyn.*, 1925, n° 44.
- MARTIN et SPIECKOFT. — *Monats für geburt und gyn.*, 1929.
- NOUVIAN. — Thèse Paris, 1912.
- OLOW. — *Zentralblatt für gyn.*, 1910.
- PAASCHE. — Thèse Bordeaux, 1927.
- PASQUET. — Thèse Bordeaux, 1930.

- PAUCOT. — *Echo méd. du Nord*, 31 déc. 1927.
- PERADON. — Thèse Paris, 1913.
- PERRIER. — Thèse Strasbourg, 1923.
- PHANEUF. — *Am. Journ. of obst. and gyn.*, 1925, 26, 27, 28.
- POLLAK. — *Am. Journ. of obst. and gyn.*, 1925, 26, 27, 28.
- PORTES ET RISACHER. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn.*, 1926.
- REEB. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, av. 1923.
- RICE. — *Am. Journ. of obst. and gyn.*, 1927.
- RUBIN. — Thèse Paris, 1930.
- SCHICKELÉ. — *Gyn. et obst.*, janv. 1920; 1921, p. 524; 1925.
- SIEGEL. — *Monats für geburt and gyn.*, 1923.
- SNOEK. — *Bruxelles médical*, 1927, p. 799.
- VAN ROOY. — *Gyn. et obst.*, 1921.
- VANVERTS. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn.*, juin 1922.
- WETTERWALD. — *Zentralblatt für gyn.*, 1926.
- WEYMERSCH. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1920.
- WINTER. — *Zentralblatt für gyn.*, 1929.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.....	7
Introduction.....	9
Historique.....	11
Anesthésie.....	16
Procédés opératoires.....	17
Avantages de la césarienne basse.....	20
Inconvénients de la césarienne basse.....	24
L'hémorragie dans la césarienne basse.....	26
Indications de la césarienne basse.....	31
L'épreuve du travail et la césarienne basse.....	35
Résistance de la cicatrice et rupture utérine.....	40
Résultats comparés de la césarienne haute et de la césarienne basse.....	44
Mortalité de la césarienne haute.....	44
Morbidité de la césarienne haute.....	45
Mortalité de la césarienne basse.....	46
Morbidité de la césarienne basse.....	47
Statistique de la césarienne basse à la Clinique d'accouchements de Bordeaux de 1926 à 1930.....	48
Statistique de la césarienne haute à la Clinique d'accouchements de Bordeaux de 1926 à 1930.....	50
Doit-on opérer par voie basse les cas infectés?.....	51
Observations.....	55
Conclusion.....	93
Bibliographie.....	95

